TRAITEMENT

DES

MALADIES CHRONIQUES

DE L'UTÉRUS

PARIS. — IMPRIMERIE CUSSET ET Cie, RUE MONTMARTRE, 123.

TRAITEMENT

DES

MALADIES CHRONIQUES

DE L'UTÉRUS

GUÉRISON RADICALE

DES

DÉVIATIONS, INFLEXIONS & DÉPLACEMENTS

JUSQU'ICI RÉPUTÉS INCURABLES

PAR UNE NOUVELLE MÉTHODE EXEMPTE DE TOUT DANGER

PAR

Le Dr ABEILLE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ANCIEN MÉDECIN DE L'HÔPITAL DU ROULE
DEUX FOIS LAURÉAT DE L'INSTITUT DE FRANCE,
DEUX FOIS LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS,
LAURÉAT DE L'ÉCOLE D'INSTRUCTION DU VAL-DE-GRACE,
MÉDAILLE D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE,
ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE PARIS,
MEMBRE DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LYON, BORDEAUX,
TOULOUSE, MARSEILLE, DIJON, ETC.

Deuxième Édition

REVUE, CORRIGÉE ET CONSIDÉRABLEMENT AUGMENTÉE

PARIS
V. ADRIEN DELAHAYE ET Cie, LIBRAIRES-ÉDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1877

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER.

CHAPITRE II.

CHAPITRE III.

CHAPITRE IV.

CHAPITRE V.

CHAPITRE VI.

CHAPITRE VII.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

PARIS. — Imprimerie Cusset et Ce, rue Montmartre, 123.

AVANT-PROPOS

Après un demi-siècle d'études persévérantes, de tentatives de toutes sortes pour obtenir la guérison des déviations utérines, la science en était arrivée à proclamer son impuissance complète, par la bouche de ses représentants les plus autorisés.

Qu'on en juge par les citations suivantes, qui sont le dernier mot des maîtres les plus versés dans cette question, qu'ils ont approfondie dans tous ses détails, tout en en embrassant l'ensemble.

Rendus dans les discussions académiques, ou tombant du haut d'une chaire de la Faculté de médecine de Paris, ces jugements sont restés classiques, et tout praticien a dû nécessairement les considérer comme définitifs. Les voici :

« Les inflexions de l'utérus sont des résultats pathologiques incurables, et les ressources thérapeu-

tiques employées pour les guérir sont ou impuissantes ou dangereuses; et quant aux déplacements bien réels, bien constatés, il faut recourir aux pessaires pour remédier aux inconvénients qu'ils suscitent, sans prétendre les guérir. » (Rapport de Paul Dubois dans la discussion devant l'Académie de médecine, 1848.)

« Les déviations extrêmes de l'utérus ne tuent pas, mais on ne les guérit pas. » (Velpeau, dans la discussion devant l'Académie de médecine, 1848.)

« Tout a été dit, tout a été écrit sur les déviations utérines; tout a été tenté contre elles au point de vue pathologique. Les méthodes de traitement ont eu tour à tour leur vogue.

« On a prétendu les guérir avec des pessaires, il y a 40 ans. Rien qu'à énumérer les gimblettes, les bilboquets, les huit de chiffres, les machines indiennes et autres, on remplirait une bonne page de ces panacées disparues.

« Puis sont venus plus récemment les redresseurs. Admis aux honneurs académiques comme les précédents; attaqués, défendus tour à tour avec une certaine passion, ils ont rendu droits, dit-on, certains utérus rebelles; mais, ayant eu le malheur de tuer quelques femmes, sous prétexte de redressement, ils sont allés rejoindre les pessaires dans un néant dont ils n'auraient jamais dû sortir.

« Il nous est resté l'hystéromètre, un instrument utile quelquefois et nuisible très-souvent.

« Les sachets, les éponges et les machines à air

ont eu aussi leurs partisans, et encore, à l'heure présente, le charlatanisme exploite, non sans quelques succès, l'ignorance absolue des femmes sur les mystères du museau de tanche, dans ses rapports avec les culs-de-sac.

« Il faut encore revenir aujourd'hui au jugement de Velpeau : « Les déviations de l'utérus ne tuent pas, mais on ne les guérit pas. » (Pajot, leçons à la Faculté de médecine de Paris, 1874.)

Le jugement des hommes, quels que soient leur nom et leur prestige, est heureusement sujet à révision, et ceci est encore plus vrai pour la science que pour les autres questions de la vie, car nul ne peut assigner une limite, fixer une barrière pour dire à la science : tu n'iras pas plus loin.

Les bornes posées par les maîtres prétendus dirigeants ou modérateurs, d'il y a trente ans, ont été tellement reculées depuis, que c'est à peine si on ose y croire. Je ne prends que deux exemples frappants, la thoracentèse et l'ovariotomie. Chomel, grand modérateur, Louis, grand observateur, répudiaient absolument la première, en 1849, devant l'Académie de médecine ; Chomel la regardant comme dangereuse et inapplicable, Louis comme n'ayant jamais rencontré un cas où elle pût être mise en pratique. Leur école, alors prédominante, pesait de toute son autorité sur les disciples ; et cette majorité intolérante, souvent aveuglée par les doctrines des maîtres, se montrait plus royaliste que le roi.

Cependant, notre ami J. Guérin pratiquait fréquemment la thoracentèse avec succès, Trousseau faisait de même, et tous deux luttaient en sa faveur. En 1853, je l'avais pratiquée cinquante fois et avais démontré ses avantages et son innocuité, ce dont témoigne la thèse de Fournier, mon élève (1). En 1852, dans mon Traité des hydropisies et des kystes, je soutenais qu'il faut opérer dès que l'épanchement résiste aux moyens ordinaires. En 1854, dans le *Moniteur des hôpitaux*, je prouvais que la thoracentèse est non-seulement un moyen de guérir l'épanchement pleural, mais encore un puissant moyen de guérir la pleurésie, cause première et persistante.

Aujourd'hui la thoracentèse est monnaie courante dans la science. On opère même dès les premiers dix ou quinze jours d'un épanchement qui résiste ou augmente.

On traita d'incendiaires les premiers auteurs des injections iodées dans la plèvre à la suite des épanchements purulents, Boinet, Aran et moi. Aujourd'hui, on en use avec plus de confiance que nous, même avec une exagération contre laquelle nous réagissons de toutes nos forces.

En effet, à propos d'une malade, opérée *in extremis*, et radicalement guérie d'un immense épanchement purulent ancien, que des confrères éminents n'avaient osé opérer, et que nous présentions à l'Aca-

(1) *De la thoracentèse*, thèse inaugurale, Fournier. — Paris, 1853.

démie de médecine, en 1872, nous avons démontré péremptoirement l'insuffisance des injections iodées pour désinfecter, et la supériorité des injections d'alcool camphré.

En 1856, dans la discussion sur l'ovariotomie, devant l'Académie de médecine, on s'éleva unanimement contre cette opération. Elle est aujourd'hui en pleine vogue et à juste titre. Il y a quelques années, l'hystérotomie sus-pubienne souleva une réprobation générale devant la même assemblée. Elle est entrée définitivement dans la pratique et devient usuelle pour tout chirurgien ayant les qualités requises pour son exécution. Ainsi va la science.

A ces formelles et trop faciles négations des maîtres qui ont proclamé qu'on ne guérit pas les déviations utérines ; qui, par cela même, ont porté le découragement dans l'âme des praticiens et le désespoir dans le cœur d'une foule de pauvres malades vouées à tout jamais à une vie de souffrances, d'ennui, parfois de dégoût, et dont un bon nombre préféreraient mourir que de vivre avec une pareille chaîne, nous avons opposé carrément une affirmation contraire. Nous guérissons les déviations utérines et les inflexions par un procédé opératoire dont toutes les chances, calculées d'après la physiologie, les données anatomiques et anatomo-pathologiques, ont pour base une méthode qui nous faisait présager le succès sans faire courir de danger aux malades. Les faits cliniques, qui se chiffrent par centaines aujourd'hui, ont confirmé nos prévisions et constituent les

preuves indiscutables d'une innovation qui comble définitivement une grande lacune dans la science.

L'opération a pu paraître hardie; elle n'est que rationnelle et raisonnée; elle peut sembler terrible, surtout aux malades, elle n'en a que l'apparence et n'est presque point douloureuse, à tel point que les plus pusillanimes la supportent sans sourciller. Elle a pu, de prime abord, faire redouter quelques accidents graves ; l'expérience et le temps nous ont démontré son innocuité absolue sous tous les rapports, à la condition qu'on se conforme au manuel opératoire avec lequel les générations se familiariseront aisément. Enfin la ténotomie utérine, ou sections opérées sur certaines parties de l'utérus, au moyen d'instruments tranchants, incandescents, à formes multiples et variées, a l'immense avantage de préserver de tous les accidents septicémiques ou pyémiques si fréquents à la suite des opérations pratiquées avec les instruments tranchants à froid, qui laissent des vaisseaux ouverts après leur action. Elle limite, en même temps, le champ de l'inflammation consécutive, beaucoup mieux que les caustiques dont on se sert, sur d'autres parties du corps, pour éviter les accidents que nous venons de signaler. Elle a, en outre, cet avantage non moins précieux, de garantir contre toute perte de sang, quand le calorique n'est pas porté au rouge-blanc, et de permettre d'arrêter immédiatement tout écoulement sanguin avec des ténotomes au rouge-brun, quand, par inadvertance, on a provoqué cet écoulement.

Y a-t-il jamais eu innovation chirurgicale qui ait fait son entrée dans la science avec de tels priviléges?

Dans tous les cas où les déviations extrêmes et les inflexions sont libres d'adhérences, le succès est constant; et dans ceux, au contraire, où des brides anciennes, intra-pelviennes, maintiennent solidement, dans sa position vicieuse, l'organe dévié, cas très-rares heureusement, nous obtenons encore un demi-succès, une amélioration qui change la situation des malades en les débarrassant de toutes les lésions consécutives qui sont la source majeure de leur souffrance, telles que phlegmasie catarrhale chronique, érosions, ulcérations, granulations, engorgement des lèvres du museau de tanche, de partie du col ou du col et partie du globe, etc., etc.

Une longue observation, une expérience graduelle et solidement acquise sur les résultats du traitement des déviations et déplacements de l'utérus, devaient logiquement conduire à appliquer cette nouvelle méthode à bien d'autres affections différentes, cliniquement et pathologiquement parlant, mais susceptibles d'être guéries par son intervention, sans que les malades eussent à courir les dangers considérables auxquels les exposent, dans ces cas, les opérations sanglantes.

Par son intervention, on triomphe de l'atrésie du méat ou du conduit cervical, dans certains cols coniques, cause de dysménorrhée perpétuelle et de stérilité; des métrorrhagies rebelles, incoercibles, en

dehors des couches ; du catarrhe utérin chronique, si rebelle à toutes sortes de traitements, qui fait le désespoir du médecin et surtout celui des pauvres malades qui en sont atteintes.

Dans l'élongation hypertrophique du col, ou du col et de partie du globe, affection sur laquelle, sous prétexte de nouveauté acquise à la clinique, on a commis des exagérations théoriques et pratiques, elle se substitue avec avantage, avec plus de garantie de succès, et surtout sans exposer à aucun danger, à ces mutilations plus ou moins affreuses, inaugurées, un instant, puis délaissées en France, mais qui, rééditées avec plus ou moins de modifications à l'étranger, y ont trouvé des défenseurs.

Enfin, pour couper court, dans les tumeurs innombrables qui affectent le col ou le globe utérin, ou l'un et l'autre en même temps, tumeurs dont un si grand nombre, parmi celles classées dans les bénignes par leur structure anatomique, menacent l'existence à plus ou moins bref délai, elle triomphe dans une foule de cas, comme des faits nombreux le démontrent; et, pour celles dites malignes, elle a encore l'avantage de débarrasser les malades, au moins momentanément ; de parer à des accidents qui activent la terminaison fatale, en supprimant les dangers et les inconvénients inhérents aux procédés opératoires par les instruments tranchants.

Un dernier mot et nous avons fini. Pendant les premières années de nos tentatives de redressement

des déviations utérines, nous avions la conviction qu'en les guérissant, nous pouvions remédier à la stérilité, qui en est souvent la compagne inséparable ; mais il fallait des preuves et, surtout, il fallait les attendre, pour les donner. D'autre part, il nous restait quelques craintes au sujet de l'accouchement, au cas où nos opérées deviendraient enceintes ultérieurement.

Le temps, les patientes recherches ont fini par nous donner la solution de ces deux questions. Des femmes stériles par le fait de déviations extrêmes ont pu devenir grosses ensuite ; et toutes celles qui sont devenues grosses ont pu accoucher naturellement, preuve que nos opérations, en redressant l'organe dévié, ne lui enlèvent rien de sa puissance d'extensibilité et de contractilité, tout en remédiant à la stérilité.

TRAITEMENT

DES MALADIES CHRONIQUES DE L'UTÉRUS

CHAPITRE PREMIER

DÉVIATIONS

NOUVEAU PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR LA GUÉRISON DES DÉVIATIONS, INFLEXIONS, DÉPLACEMENTS DE LA MATRICE ET DE LA STÉRILITÉ QUAND ELLE EN EST LA CONSÉQUENCE.

A. — HISTORIQUE

1° La rétroversion était connue d'Hippocrate, mais c'est plus particulièrement durant la gestation, et je n'ai pas à m'en occuper ici. Aœtius a distingué à coup sûr la rétroversion dans l'état de vacuité de l'utérus, et en a donné une description. Ambroise Paré, qui s'est occupé des affections utérines, reste dans le vague. Morgagni, dans sa lettre XLVI, donne la description d'un cas de déviation de l'utérus en arrière.

Israël-Spachius, professeur de Strasbourg, dans son livre publié en 1597, *Gynæciorum*, *sive de mulie-*

rum, etc., *affectibus et morbis*, parle des déviations utérines.

Grégoire, chirurgien de Paris, dans son cours d'accouchement, faisait connaître à ses élèves, avec détails, l'antéversion et la rétroversion, et Walther-Wal, l'un de ses élèves, de retour en Angleterre, consulté pour un cas de rétroversion, en 1754, pria le célèbre Hunter de l'assister de ses conseils. La malade succomba le huitième jour après des tentatives d'opération de réduction.

En 1770, Hunter, dans un travail publié dans le quatrième volume du recueil *Medical observation and inquiries*, donna le nom de rétroversion aux déviations utérines, nom généralement adopté depuis. Walther-Wal et Lyne appelèrent ce déplacement *hernia uteri*, Levret le dénomma renversement transversal, et Desgranges, incubation.

Levret s'occupa activement des déviations durant la grossesse, et dans l'état de vacuité de l'utérus. C'est lui qui signala le premier les déviations chez la femme vierge. On constata ensuite ce fait établi par Levret, et Fr. John, qui soutenait que les déviations ne peuvent avoir lieu en dehors de la grossesse, fut obligé de s'amender sous la pression de faits positifs, publiés après l'observation de Levret.

Le Mémoire de Desgranges fut couronné en 1783 par l'Académie de chirurgie. D'autres auteurs ont publié des travaux spéciaux sur la matière ; il convient de citer Frédéric John (*De utero retroverso*, 1787) ; *Ockellfessay* (ou *Retroversion of the uterus*, 1785) ; Murray (*Uteri retroversionum animodvæsiones*, 1797) ; Baudelocque (*Du renversement de la matrice*, 1803) ; Mériman (*On retroversion of the womb*, 1810) ; Schweighauser (*Aufs'aetze uber einige*, etc., 1817) ;

Schmilt (*Bemerkungen und enfeihr* ou *Remarques et expériences sur la rétroversion*, Vienne, 1820).

Destrée publia en 1823 une thèse sur la rétroversion; puis, parurent celle de Finay, et de nombreux articles sur la matière, dans divers traités d'accouchement et plusieurs journaux de la presse étrangère.

Il faut arriver à la thèse d'Ameline, parue en 1827, pour voir l'étude des antéversions et rétroversions prendre de sérieuses proportions, et ouvrir, pour ainsi dire, une ère nouvelle. La description de cet auteur, au sujet de la symptomatologie, est complète. Il admet deux degrés dans la déviation : tantôt l'utérus est placé transversalement, tantôt il oblique de façon que le niveau du corps de l'organe reste inférieur à celui du col. Ce dernier cas est trés-rare; cependant je l'ai observé moi-même, une fois, chez une jeune commerçante de Lille que m'avait adressée mon excellent confrère Gueury, pour l'examiner et lui donner des soins. C'est encore à Ameline qu'on doit d'avoir signalé l'antéflexion et la rétroflexion, l'une et l'autre pouvant accompagner l'antéversion et la rétroversion. Mais, comme ses successeurs, même Valleix, après avoir signalé ce point important, il ne vit point qu'il n'y a presque pas d'antéversion ou rétroversion un peu ancienne, qui forcément ne soit suivie d'une inflexion du col, ce qui domine la pathologie en fait de phénomènes morbides et de leurs conséquences.

Lacroix, dans sa thèse de concours, a complété les recherches historiques d'Ameline sur l'anté et rétroversion. Il a puisé à diverses sources et notamment dans le mémoire de Schmit, un nombre respectable d'observations ayant surtout trait à la rétroversion. Dugès et Mme Boivin ont publié également quelques observations remarquables.

Jusque-là, la rétroversion était regardée comme incurable. Il ne s'agissait que d'employer les palliatifs, le repos. Le décubitus dorsal, le bassin plus élevé que le tronc, séduisit quelques médecins qui pensèrent obtenir ainsi, à force de persévérance, le redressement de l'utérus : vaine espérance, illusion qui fut toujours déçue au détriment des malades ! Force était de s'en tenir aux pelottes et aux diverses formes de pessaires, pour soulager les malades et non les guérir.

On verra, du reste, que, malgré les tentatives de Simpson, de Valleix, celles d'Amussat et autres, la science est restée finalement désarmée pour guérir les déviations utérines, surtout les antéflexions et rétroflexions, de toutes les plus incommodes et les plus graves.

En 1843, Simpson, le célèbre accoucheur d'Édimbourg, publia un premier mémoire sur les déviations utérines. Ce qui domine dans ce mémoire, c'est la discussion sur les différents moyens de diagnostic et l'éloge de la sonde utérine qui, suivant l'auteur, offre plus d'avantages que tous les autres. Puis il donne la description de cette sonde. Primitivement c'était une tige métallique très-fortement courbée à l'une de ses extrémités. Sur la convexité de la courbure, il avait fait des incisions en creux et en relief pour servir à la mensuration.

C'est sans contredit un moyen de diagnostic qui, ajouté aux autres, tend à lui donner un degré en plus de précision, mais un moyen insuffisant à lui seul et qui peut devenir dangereux s'il n'est manié par une main habile et expérimentée.

En 1848, le même auteur publie un deuxième mémoire dans *Dublin quaterly Journal*. Ici, faisant ressortir la fréquence de la rétroversion de l'utérus dans l'état de vacuité, il n'établit point de distinction ni de

démarcation entre la rétroversion et la rétroflexion, et il cherche ensuite à établir ce fait erroné en tous points, qu'on peut appliquer à l'antéversion ce qui est vrai de la rétroversion, sans toutefois donner des observations à l'appui.

2° Débats académiques.

Arrive alors, en 1849, une longue et peut-être un peu passionnée discussion à l'Académie de médecine, où la vraie question, la question fondamentale des déviations utérines, fit place à une question latérale ou connexe, celle de l'engorgement ou plutôt des engorgements de l'utérus. Paul Dubois, Velpeau, Huguier, Roux, Malgaigne, Amussat, Moreau, furent les principaux champions.

Ce qui, sans contredit, passionna surtout le débat, c'est que Lisfranc, qui, depuis quelque temps, jouissait d'une grande vogue pour le traitement des maladies utérines, ne voyait qu'engorgement du col ou du corps de l'utérus, subordonnant les déviations à cet état pathologique et ne traitant que les prétendus engorgements sans attacher une importance primordiale aux déviations. En un mot, il traitait la prétendue cause et délaissait le prétendu effet.

Le sujet de cette discussion était un mémoire d'ailleurs bien fait, soumis à l'Académie par son auteur, M. Baud, un des élèves de Lisfranc, je crois, dont les conclusions ne tendaient à rien moins qu'à établir que le traitement des affections utérines doit être, dans l'immense majorité des cas, un traitement général aidé du repos absolu, et que le traitement local est tout au moins inutile et quelquefois dangereux.

Voici les points culminants qui ressortirent de cette discussion. Paul Dubois était rapporteur.

Pour Paul Dubois, les inflexions, les chutes et les dé-

viations de l'utérus pas trop exagérées sont des phénomènes accessoires, et le plus souvent étrangers à la symptomatologie des affections utérines chroniques; elles leur sont associées chez le même sujet, et elles en usurpent souvent l'importance et la signification. Elles peuvent en être la conséquence, mais elles ne les suscitent pas. Les affections chroniques, au contraire, les déterminent, quoiqu'il y en ait qui puissent surgir sans leur concours.

Paul Dubois exclut des affections utérines l'engorgement et les érosions granuleuses et simples, parce qu'ils ne constituent pas généralement les éléments primitifs et fondamentaux de ces affections chroniques.

La phlegmasie de la muqueuse utérine, le plus souvent catarrhale, établie symptomatologiquement par une augmentation de chaleur, de coloration et surtout de sensibilité de l'utérus, d'une supersécrétion muqueuse et purulente, est pour lui, dans la majorité des cas, la maladie fondamentale, source de tous les autres accidents.

La membrane muqueuse est le plus souvent le siége principal et primitif, mais non exclusif, car l'inflammation s'étend à la couche la plus voisine du tissu propre sous-jacent, Cette inflammation peut même pénétrer plus avant, soit d'emblée, soit graduellement; d'emblée, elle envahit tout le parenchyme propre de l'utérus; graduellement, elle l'atteint de proche en proche par sa prolongation et son envahissement excessif.

La phlegmasie, qu'elle soit superficielle ou profonde, est presque toujours limitée au col de l'utérus. Tels sont la nature, le siége et les limites des maladies utérines les plus communes.

La phlegmasie utérine peut faire naître des érosions qui, simples d'abord, deviennent probablement granu-

leuses en pénétrant plus profondément dans les tissus qu'elles affectent. De cette phlegmasie peut naître aussi l'engorgement des points qu'elle a frappés, et dans lesquels elle persiste pendant longtemps, engorgement limité quelquefois à une partie seulement du col, d'autres fois au col tout entier, d'autres fois enfin se montrant sur quelques points séparés les uns des autres, et donnant lieu par suite à des tubercules distincts et mamelonnés.

Cette même phlegmasie peut franchir ces limites, se développer alors dans le corps de l'organe, pénétrer plus ou moins profondément dans ses éléments anatomiques, en accroître le volume, la densité, c'est-à-dire donner lieu à l'engorgement de tout l'organe après avoir rebondi d'un simple engorgement primitif et restreint.

Paul Dubois disait dans son rapport académique : « Les inflexions deviennent des résultats pathologiques incurables et les ressources thérapeutiques employées pour en triompher sont impuissantes ou dangereuses », et il soutenait que les déplacements non exagérés et exempts de toute complication phlegmasique ne donnent pas lieu aux troubles dont on les accuse. Il était dans le vrai, et, pour le prouver, il ajoutait que la sensation de poids incommode dans le bassin, celle d'un corps qui tendrait à sortir de la vulve, ou d'une pesanteur douloureuse sur le coccyx, ou sur le fondement, comme disent les malades, et qu'on donne comme signes pathognomoniques de déplacements, s'observent fréquemment dans les phlegmasies catharrales chroniques, sans qu'il y ait déplacement, et surtout quand la phlegmasie revient à l'état subaigu. Et quant aux déplacements bien réels, bien constatés, il ajoutait qu'il faut recourir aux pessaires pour remédier aux inconvénients qu'ils suscitent, sans prétendre les guérir.

Si cette phlegmasie, était-il dit encore dans ce résumé, peut surgir de causes toutes locales, subsister, gagner, se propager, sans être sous la dépendance d'une perturbation générale de la santé, il est certain que des phlegmasies, même locales et limitées, peuvent se développer sous l'influence de causes évidemment diathésiques ; mais dans les unes comme dans les autres, il y a effet de causes provocatrices qui ont essentiellement le même caractère, et ces causes peuvent se ranger, sous le rapport de fréquence, dans les quatre ordres suivants : 1° un avortement; 2° un accouchement à terme qui a été pénible ou après lequel le repos nécessaire n'a pas assez été prolongé: 3° des imprudences commises pendant une période menstruelle ; 4° des rapports sexuels trop répétés ou qui se sont produits avec circonstances trop inopportunes.

A la suite de l'accouchement à terme pénible, et à plus forte raison à la suite de l'avortement, la cause est toute traumatique et locale.

Le caractère tout local de la cause se trouve aussi dans l'impression du froid, des secousses d'une voiture, ou d'une marche rapide ou trop prolongée subie durant la période menstruelle, comme dans toute excitation directe produite par des rapports sexuels trop répétés ou lorsque les organes génitaux féminins ont une impressionnabilité insolite.

Enfin, il admet qu'en dehors de la phlegmasie utérine qui est la plus fréquente, il y ait d'autres souffrances dans l'utérus avec troubles de fonctions de l'organe sans phlegmasie, sans l'intervention de lésion d'aucun *tissu*.

La névralgie de l'utérus, admise et reconnue par Lisfranc lui-même à travers sa doctrine, est consacrée aussi par Paul Dubois.

Abordant les procédés et les agents thérapeutiques en vogue pour combattre les phlegmasies utérines, voici ce que Paul Dubois considère comme le plus important et dont la valeur mérite d'être discutée.

Il laisse tout d'abord en dehors l'état aigu des phlegmasies, dont le traitement est si bien connu, et s'arrête à l'état chronique :

« Le traitement général et le traitemént local sont applicables, suivant les cas, contrairement à la pratique de nombre de médecins qui, ainsi que Baud l'érigeait en principe dans son mémoire, prétendaient que le traitement général était suffisant ; et, après avoir énuméré les diverses applications locales, il maintient l'importance des cautérisations sous diverses formes même avec le cautère actuel que les adversaires regardaient comme inopportunes et quelquefois dangereuses. »

Si j'ai tenu à résumer sommairement le résumé même du rapporteur dans cette discussion, à laquelle les hommes les plus compétents prirent une si large part, c'est qu'il représente encore aujourd'hui le courant de la science et qu'on se rallia presque unanimement à l'exposé et aux conclusions si précises du savant accoucheur.

Velpeau avait fait table rase de la doctrine de Lisfranc sur les engorgements au cours de cette même discussion. Il avait du même coup fait justice de ces prétendus engorgements simples, tuberculeux, scrofuleux, squirrheux, etc. Il les différenciait de l'hypertrophie qui est plutôt une difformité qu'une maladie, et, en tout cas, incapable de causer les désordres attribués à l'engorgement. Puis comparant les engorgements de matrice à ceux du testicule, aux engorgements périphériques des fistules urinaires, des fractures, à celui qui survient dans la *phlegmasia alba dolens*,

avec sa logique ordinaire, il démontra que, comme tous ceux-ci, les engorgements de l'utérus ne sont que des effets, des manifestations des maladies de l'utérus et ne constituent pas plus des états morbides essentiels que l'engorgement du cerveau, de l'estomac etc., dans les maladies de ces organes, et que ce ne sont que des épiphénomènes de la maladie fondamentale que l'on traite sans diriger la thérapeutique contre ces prétendus engorgements. Il eut le rare bonheur de ramener la question sous son vrai jour et il terminait en signalant aux praticiens la grande fréquence des déviations et des inflexions utérines dont il s'était spécialement occupé dans sa brillante carrière.

La doctrine des engorgements de l'utérus avait l'illusoire prétention, en traitant les engorgements, de prévenir les dégénérescences cancéreuses.

La doctrine, comme la théorie des dégénérescences, a fait son temps, et rien, absolument rien, ne démontre qu'une phlegmasie, un engorgement consécutif, puissent dégénérer en cancer. Il en est de l'utérus comme du sein; on est fondé à croire que les tumeurs cancéreuses naissent sur place dans l'utérus comme à la mamelle; qu'elles se développent par prolifération ; que l'engorgement, quand il en existe, n'est que consécutif, et que, s'il était démontré qu'il eût préexisté à l'apparition du cancer, il faudrait nécessairement conclure que cet engorgement contenait dans la trame des tissus des éléments cancéreux non appréciables à la vue, ou que c'était un engorgement simple consécutif à la phlegmasie, sans qu'on fût admis à voir un lien de causalité entre son existence antérieure et l'apparition des éléments cancéreux devenus appréciables. Tout au plus la phlegmasie peut-elle être un appel au processus dont les éléments cancéreux existaient primordialement à l'état latent.

J'avais besoin d'entrer dans ces sommaires détails qui précisent bien la question au sujet de l'intervention des divers états morbides sur la production des déviations et inflexions utérines dont j'ai à m'occuper spécialement.

Dans ces trente dernières années, les déviations utérines n'ont cessé d'attirer l'attention des médecins, et, il faut bien l'avouer, c'est surtout chez nos voisins de l'autre côté du Rhin et d'Outre-Manche que les études les plus approfondies ont été faites au sujet de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et même de la symptomatologie.

Quant au traitement, ils n'ont absolument rien ajouté, tout en augmentant d'une façon prodigieuse la liste des pessaires, des huit de chiffres, des bilboquets, etc., ou en modifiant tout ce qui existait sur ce sujet. Ils en sont restés, pour la cure radicale, au cathétérisme, au redressement par la tige-sonde de Simpson, source d'autant d'illusions que de mécomptes, et qui n'a jamais pu redresser définitivement un utérus dévié; nous en dirons autant des Américains, qui pourtant ont l'esprit d'initiative très-marqué.

Il n'y a que dans les déplacements réels, prolapsus ou procidences, que les étrangers ont fait des tentatives sérieuses, toutefois en se bornant, comme on le verra, quand nous traiterons ce point, à modifier des procédés qui nous reviennent de droit et dont la plupart n'ont fourni d'abord entre nos mains que des insuccès à travers quelques rares réussites et pas mal d'accidents.

B. — Considérations générales sur la curabilité spontanée de certaines maladies utérines et la non curabilité de certaines autres, et leur traitement.

Il est incontestable que, parmi les maladies utérines, un bon nombre, la phlegmasie en première ligne, peuvent se dissiper par les seuls efforts de la nature, sous l'influence du repos et de l'éloignement de toute les causes qui peuvent les entretenir. A cet égard la phlegmasie utérine ne diffère pas de la phlegmasie pulmonaire et autres dont la guérison spontanée est parfaitement possible et pleinement démontrée; mais il n'en est pas de même pour la phlegmasie chronique. Pour elle, la possibilité de la guérison spontanée existe encore, mais avec infiniment moins de chance. Sa tendance naturelle est l'extension avec atonie, sa prolongation indéfinie. Car l'utérus a une vitalité restreinte qui exclut les mouvements organiques intérieurs à la faveur desquels les phénoménes pathologiques peuvent marcher vers une solution favorable; et, d'autre part, il existe des excitations temporaires et répétées dont cet organe est, soit accidentellement, soit périodiquement, le siége et sous l'influence desquelles l'inflammation chronique se ravive et se perpétue. Puis, il est des phénomènes concomitants ou subordonnés aux affections utérines tels que les érosions, pour n'en citer qu'un exemple, qui se perpétuent, s'étendent, se propagent pendant que l'affection reste à

l'état chronique. Ces phénomènes ne sauraient disparaître spontanément.

Enfin les troubles plus ou moins graves de fonctions que les affections utérines, en se prolongeant, déterminent, soit dans l'organe même, soit en dehors dans les appareils les plus importants de l'économie; tout cela constitue une somme de motifs pour intervenir plus ou moins activement et par des moyens autrement énergiques que ceux qu'on employait généralement d'après certains préceptes qui faisaient règle pour beaucoup de praticiens.

Et de ce que les affections utérines peuvent quelquefois être initialement sous la dépendance d'une prédisposition, ou d'une diathèse ; ensuite parce que la phlegmasie utérine en se prolongeant exerce une funeste influence sur l'organisme qu'il débilite et sur les principales fonctions qu'il altère ; il découle de source qu'il faut recourir le plus souvent à un traitement général et local. Car la débilitation générale, une fois survenue, exerce, comme une vis *à tergo*, une influence caractérisée sur la prolongation et l'aggravation de la maladie utérine elle-même.

Quoique, dans quelques cas exceptionnels, l'un de ces traitements appliqué isolément ait procuré quelques guérisons, la logique veut qu'on s'astreigne à cette bonne règle de conduite, de recourir, dans la majorité des cas et dans des limites traduites par les phénomènes généraux et locaux, à un traitement général et local.

Quand les affections utérines se prolongent, elles sont souvent suivies, avons-nous dit, de troubles généraux. Ceux-ci portent surtout sur l'appareil génital, sur les fonctions du système nerveux et sur celles du tube digestif.

Un état semi-chlorotique, quelquefois l'anémie globulaire, une grande impressionnabilité, des souffrances erratiques nombreuses et variées, de l'amaigrissement, une débilitation profonde, tels sont sommairement les troubles dont il s'agit. A ceux-ci nous pouvons ajouter les douleurs qui précèdent ou accompagnent les époques menstruelles et qui résultent de diverses causes, déviations, inflexions, névralgies symptomatiques, etc.; dans quelques cas des règles tellement abondantes qu'elles se rapprochent de l'hémorrhagie, quand elles n'en sont pas, et qui font que la femme n'a plus la puissance, dans l'intervalle des époques, de récupérer et de maintenir en équilibre les parties constituantes du sang, ce qui entraîne forcément l'anémie globulaire après un certain temps. De là découle la nécessité de soumettre les malades à un traitement général tout en intervenant localement.

Je n'ai pas à entrer dans la description, non plus que dans la critique, des traitements généraux et locaux des affections utérines chroniques, puisque je ne m'occupe ici que des déviations; de même je laisse de côté les déviations qui accompagnent la gestation. Cependant une remarque que je dois consigner et qui a une grande importance, c'est que le repos absolu et prolongé des malades, certainement utile pour concourir à la guérison dans quelques cas, est généralement nuisible quand des troubles fonctionnels généraux existent. Dans ces circonstances, en effet, le repos absolu continue à débiliter les malades, à leur faire perdre l'appétit et à augmenter les troubles nerveux. Il faut, au contraire, un certain exercice qu'on augmente graduellement ou qu'on restreint suivant les souffrances que les malades éprouvent.

C. — DÉVIATIONS UTÉRINES.

Dans les déviations utérines, il faut distinguer l'antéversion, et la rétroversion franches, et les mêmes états avec certaines inclinaisons obliques à droite ou à gauche, ce qui fait une antéversion ou rétroversion oblique. Quoique, d'après notre observation personnelle, toute déviation utérine ancienne s'accompagne d'un certain dégré d'inflexion, il nous plaît, comme à tous les auteurs. de distinguer les flexions utérines des déviations, parce qu'elles sont les plus rebelles aux traitements et qu'elles entraînent le plus de troubles fonctionnels.

Il est certain que, pour avoir négligé la constatation de ce degré de la déviation, plus ou moins ancienne, aboutissant à l'inflexion, et pour avoir peu tenu compte de la phlegmasie qui a préexisté ou qui accompagne la déviation, Valleix et d'autres, après lui, attribuaient à peu près exclusivement les souffrances et les divers troubles fonctionnels à l'antéversion ou à la rétroversion elle-même, quand la plupart de ces phénomènes tiennent aux deux causes que je viens de rappeler. Baudeloque *avait déjà constaté* que, dans la rétroversion, le col de la matrice se retourne comme le col d'une cornue, ce qui n'est autre que l'inflexion du col. Notre observation personnelle concorde donc avec celle de l'illustre accoucheur.

1° Antéversion et rétroversion.

La pluralité des manifestations morbides accusées par les malades se retrouvent dans l'une comme dans

l'autre de ces déviations. La symptomatologie se confond donc à quelques restrictions près.

L'antéversion est le renversement du globe utérin en avant sur la symphise pubienne, le col dirigé dans l'excavation pelvienne et s'appliquant sur la face antérieure du rectum par le museau de tanche. A l'inverse, la rétroversion est constituée par le renversement du globe utérin dans l'excavation pelvienne, le col étant dirigé sur la symphise du pubis. Il est peut-être bien rare d'observer ces déviations bien franches, et nombre de circonstances en rendent compte ; il y a le plus souvent une obliquité à droite ou à gauche.

La rétroversion est souvent le prélude du prolapsus. Elle surgit souvent après l'engorgement, l'augmentation du poids et du volume de l'utérus. Elle apparaît avec l'existence d'un fibroïde ou de toute autre tumeur de l'utérus ; elle coïncide même avec l'atrophie de cet organe. Enfin, elle peut être la conséquence de brides consécutives à l'hématocèle rétro-utérine ou à un phlegmon du petit bassin.

Quand il y a rétroversion avec prolapsus, l'utérus est en arrière, dans l'excavation du bassin, s'il n'est augmenté de poids ni de volume, s'il est normal ou même atrophié. C'est qu'en effet, dans ces cas, la rétroversion avec abaissement est souvent suscitée par la rectocèle, par la recto-cystocèle ou par le renversement complet du vagin. Il en est de même quand l'abaissement avec rétroversion est la suite d'une violence extrême, qu'elle est à l'état aigu.

Mais quand il y a rétroversion compliquée de prolapsus ou procidence, avec augmentation de poids et de volume de la part de l'utérus, la rétro-version est toujours oblique droite ou gauche, et je l'ai plus fréquemment notée à gauche. C'est qu'ici la rétro-version qui ré-

sulte d'abord du poids et volume de l'utérus, de l'action des facteurs actifs et de l'affaiblissement de ceux de la résistance, commence, à peu près constamment, par l'antéversion, et que la cloison vésico-vaginale empêche que, par suite de ce virement à droite ou à gauche, l'utérus arrive tout à fait en arrière.

2° Inflexions.

Les inflexions en arrière, rétroflexions; en avant, antéflexions, appartiennent au col. Elles existent soit quand le globe utérin conserve sa position normale ou rectiligne au diamètre vertical, soit quand le globe est dévié, et alors elles semblent être une continuité, une exagération de la déviation entretenue et poussée à l'extrême par les mêmes causes persistantes.

Comme exemple frappant, je cite en deux mots l'histoire d'une jeune femme soumise, il y a quelques années, à mon observation. Après un accouchement difficile où intervint le forceps, la malade eut une pelvi-métrite dont elle fut guérie au bout de trois mois.

A dater de ce moment, et jusqu'à trois ans plus tard où elle me fut adressée, elle eut une santé toujours troublée, et les forces ne revinrent pas complétement. La marche ne pouvait se prolonger tant les souffrances étaient grandes, et la station debout n'était pas supportable pendant un certain laps de temps, car des douleurs pondératives, compressives, se manifestaient à la région coccygiène, état d'autant plus pénible, que la malade était à la tête d'une maison de commerce.

Il y avait une constipation opiniâtre contre laquelle les lavements ne pouvaient rien, en sorte qu'il fallait toujours des purgations ; les digestions étaient difficiles, mauvaises, accompagnées souvent de tympanite intestinale et de vomituritions. Les troubles nerveux étaient

arrivés jusqu'aux crises hystériformes, l'amaigrissement et la faiblesse étaient accentués, et le phénomène saillant était à l'approche des règles.

Deux ou trois jours avant, commençait une vraie torture. La malade était obligée de rester couchée ; les douleurs duraient deux à trois jours avec intermittence, comme dans les douleurs de l'enfantement ; puis le sang coulait et le calme se rétablissait ; la moindre durée de la perte de sang était de sept à huit jours et toujours abondante.

La malade dans son état ordinaire, disait avoir *une pelotte ou boule* dans son fondement. Dans l'examen, à l'exploration directe par le vagin et le rectum, je pus constater que le globe utérin, réduit à son volume ordinaire, était appliqué sur le sacrum dans l'excavation pelvienne et le comprimait fortement. Je pouvais le faire mouvoir un peu latéralement, mais ne pouvais le redresser par le vagin. Avec le doigt introduit dans le rectum, je le déplaçais en avant, mais c'était en déplaçant un peu l'intestin ; le col porté sur la symphise pubienne était infléchi en haut ; on sentait que le museau de tanche, en bec de flûte, regardait en haut, la lèvre postérieure appliquée sur la symphise. La courbure du col était telle que le museau de tanche dépassait en haut le niveau du globe. Cette circonstance expliquait suffisamment les tranchées utérines deux ou trois jours avant les époques.

Le globe renversé était maintenu en place par des brides *solides*. La seule chose possible était de guérir l'inflexion du col pour que le canal fût rectiligne avec la cavité utérine, et d'empêcher ainsi les troubles de la menstruation. C'était une opération délicate. Je la conseillai au confrère de Lille, qui m'avait adressé la malade. Je n'ai pas eu de nouvelles depuis.

Une légère antéflexion peut être considérée comme un état normal. L'antéflexion n'est anormale que quand elle est accentuée et qu'elle s'accompagne de quelques troubles.

L'antéflexion est congénitale ; le plus souvent elle est acquise. Les causes de l'antéflexion acquise sont principalement : 1° Un fibroïde qui se développe sur la paroi utérine antérieure ; 2° la chute en avant du corps utérin, quand son volume et son poids sont augmentés, après l'accouchement soit à terme, soit prématuré ; et alors elle peut s'effectuer immédiatement après, ou graduellement et progressivement.

Dans l'antéflexion très-accentuée, le col regarde en bas et un peu en arrière. Il peut arriver, quoique très-exceptionnellement, qu'il y ait double flexion, une en arrière au milieu du col, et une en avant au niveau de l'orifice interne ; l'utérus a, dans ce cas, la forme d'un S.

La rétroflexion est congénitale ou primitive, et acquise. La première existe chez les vierges et elle acquiert rarement le degré de la seconde qui survient après l'accouchement.

La rétroflexion congénitale ou primitive augmente, quand la personne atteinte se marie, parce que les souffrances causées par les rapports sexuels augmentent l'irritation et les troubles qui lui sont inhérents ; que l'hypérémie de l'organe perpétuée par cette irritation ne lui laisse plus de repos suffisant pour la résolution, et que, itérativement, il augmente de volume. La dispareunie ou douleur dans les rapports sexuels est constante, et la stérilité en est souvent la conséquence.

La rétroflexion acquise succède, la plupart du temps, à l'accouchement ou à l'avortement. Elle a lieu, souvent, peu de jours après l'accouchement. Si l'hémorrhagie produit une disposition à la rétroflexion en affaiblissant les

tissus, celle-ci constitue ensuite, par son fait, une cause d'hémorrhagie. Une involution incomplète, comme le disent les Anglais; pour nous, la régression incomplète, ou arrêt dans la régression utérine, est une des causes les plus saillantes des rétroflexions. Les tumeurs situées dans la cavité utérine déterminent aussi les rétroflexions.

La rétroflexion a des degrés, depuis la simple courbure en forme d'arc, qu'elle peut conserver longtemps, jusqu'à la flexion du col venant s'appliquer sur l'utérus par son museau de tanche, ce qui donne, alors, à l'organe la forme d'un escargot. Ce dernier degré a lieu surtout quand, avec la rétroflexion, l'organe est arrivé à la rétroversion, et même à la rétroversion avec prolapsus.

Puis viennent les degrés intermédiaires, les incurvations du col en angles plus ou moins aigus. Cette angulation du col se produit le plus souvent au point le plus arqué, qui est au niveau de l'orifice interne; d'autres fois, mais plus rarement, entre les deux orifices. Dans ce cas, il y a parfois une atrophie, ou une perte de substance de la paroi antérieure incurvée ou coudée. Personnellement, je crois à la rareté de ce dernier fait, et je crois, comme les guérisons obtenues me l'ont démontré, que l'inégalité de la puissance de contraction des parties du col, à cause de l'engorgement plasmatique ou hypertrophique de l'une d'elles, est cause du tiraillement exercé par celle qui se contracte bien, sur l'autre qui reste inerte.

Alors, la partie qui conserve toute sa contractilité, finit par amener sa rentrée sur elle-même, ou la courbure en arc de cette partie du col, l'autre partie engorgée suivant la courbe en cédant mécaniquement par défaut de contractibilité.

En un mot, il se passe ici ce qui se passe dans la paralysie d'un côté de la face, où le côté paralysé paraît proéminent, enflé, par suite de relâchement musculaire, tan-

dis que le côté sain paraît rentré en lui-même par la contraction musculaire restée dans sa puissance. Et le fait est encore plus frappant dans la paralysie du bras et avant-bras, où les fléchisseurs conservant leur contractilité et les extenseurs l'ayant perdue, la main se ferme, les doigts pliés dans la paume de la main ; le poignet s'incurvant en dedans de manière à former un arc dont la convexité est du côté des extenseurs paralysés.

En tous cas, quand il y a atrophie sur le point indiqué, si elle est réelle, cette atrophie est primitive ou secondaire suivant les cas ; mais nous craignons beaucoup que les auteurs qui croient à cette atrophie aient commis une erreur, parce qu'ils n'ont pas observé, comme nous l'avons dit, l'organe redressé.

Il y a hypertrophie primitive ou engorgement primitif de la partie saillante, et rétraction de la partie rentrante du col ; voilà selon nous le fait exact. Et, du reste, les quelques guérisons obtenues à l'aide du pessaire Kidge, guérisons qui, à mon sens, ne doivent être qu'exceptionnellement définitives, le démontrent suffisamment.

La rétroflexion est plus fréquente que la rétroversion sans prolapsus ; et la rétroversion avec prolapsus est à son tour plus fréquente que celle-ci. La rétroversion avec prolapsus, avec élongation hypertrophique du col, est cause de la rétroflexion à angle plus ou moins aigu si les parois vaginales et surtout l'ouverture vulvaire sont assez étroites pour empêcher la procidence. Alors le col, qui trouve un obstacle à sa descente, s'incurve en haut et en avant, et plus le globe descend en arrière, en bas, plus l'incurvation du col s'effectue pour arriver à une angulation aiguë. (Voir notre figure 1re de l'obs. 87e.)

La rétroflexion doit être guérie, puisque, s'il survient une grossesse, l'avortement en est presque la suite forcée,

et que, si l'avortement n'a pas lieu, au quatrième mois l'utérus peut être incarcéré dans le bassin, avec cette forme ou vice de forme, et donner lieu aux plus grands dangers. Mais la rétroflexion est souvent une cause de stérilité.

3° Moyens de reconnaître les déviations et leur situation.

Ces moyens consistent dans l'examen direct. Celui-ci comprend : 1° le toucher vaginal et rectal qui donne des notions positives, sinon exactement précises ; 2° l'exploration directe au moyen du spéculum, qui démontre en partie à la vue les principales anomalies constatées par le toucher ; 3° la tige-sonde de Simpson, modifiée par Valleix, et l'hystéromètre d'Huguier. Le toucher est sans contredit le premier et le plus sûr moyen de reconnaître les déviations, s'il est pratiqué avec art et intelligence.

Il faut d'abord procéder par le toucher vaginal avec l'indicateur pouvant aller jusqu'aux culs-de-sac. En premier lieu, il doit être pratiqué, la malade étant dans la station debout qui est celle qui laisse voir, sentir plutôt, la moindre déviation, le moindre écart de la perpendiculaire de la part du col. Ensuite, il faut le pratiquer, la malade étant couchée horizontalement sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin. De ces deux explorations préliminaires résultent déjà des notions quasi positives. Ensuite, l'indicateur restant dans le vagin, on applique la main opposée sur l'hypogastre et les fosses iliaques. La palpation profonde, bien exécutée, détermine le point précis ou se trouve le globe utérin dévié, et a l'avantage, en exerçant des secousses lentes et profondes, de faire vibrer, mouvoir le globe sur le col, et d'établir, par sensation directe, les écarts de direction non-seulement de tout l'organe dans la cavité pelvienne,

mais du globe par rapport au col ou du col par rapport au globe. Pour que ces notions soient exactes, il faut changer l'indicateur, celui de droite devant aller explorer le cul-de-sac et la fosse iliaque du côté droit de la malade, et l'indicateur gauche le cul-de-sac et la fosse iliaque gauches. Il est des circonstances qui peuvent donner le change sur les déviations, où les masquer en partie, mais non complètement ; ce sont des tumeurs ou des intumescences de quelque nature que ce soit et qui seraient situées dans la cavité utérine ou au dehors entre le col et les divers culs-de-sac vaginaux, ou au-dessus du diaphragme vaginal, entre le globle utérin et les organes voisins. L'exploration avec l'indicateur introduit dans le rectum et l'indicateur de l'autre main introduit dans le vagin est alors le plus précis des moyens pour arriver à un diagnostic certain. En outre, par cette exploration à travers ces deux cavités, on peut reconnaître des brides ou adhérences plus ou moins solides qui maintiennent le globe utérin placé dans une situation anormale dans toute la moitié postérieure du petit bassin. Inutile de dire que, pour que toute exploration amène à une certitude, il faut encore exercer l'exploration avec les doigts, après avoir vidé la vessie par le cathétérisme, pour que ni la distension de la vessie par l'urine ni la présence d'un calcul dans ce réservoir ne puissent apporter un obstacle ou donner le change.

Enfin, si on avait quelques doutes qu'une déviation ou inflexion pût être le résultat d'un corps fibreux contenu dans la cavité du col ou du corps de l'utérus, il faudrait remettre à une prochaine éruption menstruelle, et au cours de l'éruption, alors que le col est ouvert, pour aller explorer avec l'indicateur la cavité cervicale et même la cavité utérine, pour ne pas tomber dans quelque erreur grossière.

Simpson a prôné sa tige-sonde comme moyen de diagnostic le plus sûr, le plus précis. Valleix, en modifiant cette tige, lui a accordé, sinon la prééminence que lui octroyait Simpson, au moins une très-grande valeur après les autres moyens. Cette valeur, suivant lui, consiste à mesurer les courbes, constater les profondeurs en suivant le canal cervico-utérin et enfin à se rendre compte soit des obstacles, soit des coudes, des intersections de toutes sortes, des atrésies dans l'étendue de ce canal, ce qui est très-exact. Huguier, avec son hystéromètre, avait les mêmes visées. Mais il est juste de dire de suite que l'exploration, même dirigée avec habileté, à l'aide de ces instruments, n'est pas absolument sans danger et que la sonde introduite dans une cavité, siége de phlegmasie chronique, peut déterminer et a déterminé, entre les mains de leurs auteurs, des exacerbations dont on n'a pas toujours été maître.

J'ajoute de suite que, dans la majorité des cas, l'exploration à l'aide de ces instruments est au moins inutile, et que dans les cas où il s'agit de reconnaître des atrésies, des coarctations, des brides dans le conduit cervico-utérin, il faut une réserve, un tact, une habitude dont on ne saurait se départir, car la moindre lésion, écorchure ou érosion, dans ce canal peut donner lieu à un traumatisme redoutable.

Je dirai, pour en finir avec les moyens de diagnostic, qu'il faut, suivant les cas, les obscurités qui se présentent, savoir exercer le toucher et la palpation de toutes les façons et dans toutes les positions, telles que, la malade couchée sur les coudes et les genoux, le siége horizontalement placé ou relevé, ou bien dans le décubitus latéral, les cuisses à demi-fléchies sur le ventre, etc.

Nos voisins d'Outre-Manche et les Américains se servent encore et généralement de la tige-sonde, non-seule-

ment comme moyen d'exploration, de mensuration, mais comme moyen de redressement. En France nous n'avons ni la même confiance pour le dernier but, ni le même engouement pour les autres indications que remplit la tige-sonde. Pour mon compte, je repousse tous les moyens rigides pour le cathétérisme utérin.

J'ai substitué au cathéter de fines bougies en baleine avec extrémités olivaires, pour les cas difficiles, et les bougies en gomme, également à extrémités olivaires, dans les autres cas ; rien n'est plus facile et moins dangereux que le cathétérisme exercé avec ces instruments. On peut vaincre toutes les difficultés et arriver dans la cavité utérine quand il n'y a pas atrésie complète sur un point.

Pour mesurer l'étendue parcourue par la bougie introduite, je porte une seconde bougie sur le col à côté de l'orifice et de la bougie pénétrante, puis je les retire ensemble et mesure la différence, c'est aussi exact que la tige-sonde graduée.

Le spéculum est un moyen de vérification en fait de déviations et d'inflexions utérines. — Il donne à la vue la justification des notions acquises par le toucher et laisse voir clairement certaines complications ou épiphénomènes, érosions, ulcérations, granulations, etc. Il existe des spéculums de toutes formes et parfaitement connus de tout le monde, pour l'exploration comme pour l'opération. Je ne me sers que du spéculum de Fergusson, dont la paroi interne est formée par une glace et de mon spéculum bivalve à coulisse pouvant, dans l'une de ses moitiés, se déplacer d'avant en arrière et d'arrière en avant au degré voulu, par conséquent mettant à découvert toute partie qu'on veut bien voir et que les spéculums masquent généralement.

J'ai fait adapter un embout à sommet arrondi au spé-

culum de Fergusson et au mien; car, pour l'exploration comme pour l'opération, le spéculum doit être introduit plein jusqu'à ce qu'il touche le col sans le refouler; on retire alors l'embout ou mandrin et le col présente la partie qui correspond à la déviation, c'est-à-dire la face postérieure dans la rétroversion et la face antérieure dans l'antéversion, l'ouverture du museau de tanche se trouvant en dehors du champ de l'instrument.

Il faut alors faire exécuter divers mouvements pour engager directement le museau de tanche et son orifice.

4° Étiologie des déviations et des inflexions utérines.

N'ayant qu'à exposer une méthode nouvelle pour la guérison de ces états anormaux de l'utérus, on comprend que je ne m'étendrai pas sur leurs causes et leurs symptômes qu'on retrouve avec détails dans les ouvrages spéciaux, pas plus que sur les traitements mis en usage jusqu'alors, et que je ne ferai que les énumérer pour arriver de suite à mon but qui est capital pour la pratique. Et d'abord l'utérus a été trouvé en antéversion complète chez des jeunes filles vierges et chez des jeunes femmes n'ayant jamais eu d'enfant, ni de grossesse, ce qui a constitué une preuve devant laquelle ont dû s'incliner ceux qui n'admettaient pas la rétroversion en dehors des femmes accouchées ou dans le gravidisme. J'ai déjà dit que Levret, le premier, avait signalé un cas de jeune fille. Valleix cite, avec preuves fournies par l'autopsie, l'exemple d'une jeune fille morte d'une fièvre typhoïde chez qui il trouva une antéversion, l'utérus couché obliquement sur la vessie, et qui n'avait jamais accusé de souffrances ni aucun signe qui eussent pu faire soupçonner cette anomalie; preuve éclatante que l'antéversion, si elle ne s'acompagne de phlegmasie ou d'autres désor-

dres utérins, peut n'apporter ni incommodité, ni souffrances, ni troubles dans les fonctions.

J'ai eu moi-même en traitement : 1° une jeune personne vierge atteinte d'une rétroflexion sans aucun trouble fonctionnel notable ; 2° une jeune femme sans enfant qui, avec la même rétroflexion, avait une phlegmasie chronique avec érosion du museau de tranche, granulations mamelonnées et leucorrhée. Elle éprouvait tous les accidents inhérents à ces désordres, y compris l'amaigrissement, les troubles fonctionnels locaux et généraux.

Valleix, qui a voulu établir l'étiologie, sous la direction de la statistique, note que, sous le rapport de l'âge, dans 21 cas, d'après les premières manifestations, il a oscillé entre 19 et 35 comme extrême, en moyenne 25 ans. Cette statistique est entachée d'erreur, car si les circonstances ne lui ont pas permis de le constater, il n'en est pas moins vrai que, au-dessus de 35 et jusqu'à 50 et même 60, on rencontre assez fréquemment des cas.

Sous le rapport des tempéraments, les lymphatiques et lymphatiques sanguins sont en plus grande proportion, 6 de chaque ; puis viennent les tempéraments nerveux dans la proportion de 5, les sanguins, dans la proportion de 4, et un seul tempérament bilieux.

Si l'on s'en rapportait à la statistique, les constitutions fortes, 10 sur 21, et les moyennes, 9 sur 21, auraient ce funeste privilége. C'est là une donnée de médiocre valeur.

D'après le même auteur, sur les 21 malades, 19 ont eu des accouchements à terme, dont 12, après avoir eu un enfant sont restées ensuite cinq à six ans sans nouvelle grossesse ; les autres ont eu des accouchements rapprochés de deux à six ans, et parmi celles qui n'ont eu qu'un enfant, l'une a eu ensuite deux avortements ; une autre malade avait eu deux couches et un avortement.

D'où il suit rigoureusement que la grossesse et les couches prédisposant aux déviations sont des causes provocatrices.

Quant à cette circonstance de se lever trop tôt après l'accouchement, une seule fois elle a été notée dans les 19 cas. La malade s'était levée le quatrième jour.

Dans un cas, il y a eu accouchement rapide. Sur 17 des malades accouchées, l'antéversion s'est produite peu de temps après l'accouchement.

Dans un seul cas, l'accouchement a été laborieux. Dans un autre cas, il y a eu hémorrhagie post-puerpérale après une première couche, et hémorrhagie post-puerpérale et inflammation après les autres.

La leucorrhée ne paraît pas jouer de rôle ; la leucorrhée n'est effectivement qu'un symptôme ; mais, quand elle est l'expression de la phlegmasie utérine, on peut certainement considérer celle-ci comme provocatrice.

L'influence de l'établissement de la menstruation paraît à peu près nulle, car, dans les 21 cas, une seule fois on constate la chlorose pendant une année, toutes les autres malades ayant été régulièrement menstruées pendant un an ou dix-huit mois. On a signalé, parmi les causes d'antéversion, la constipation opiniâtre, l'accumulation des fèces dans le rectum. Pure hypothèse ! car si les malades sont généralement constipées, il n'y a aucun fait positif qui puisse établir que la constipation a déterminé l'antéversion. Ainsi en est-il du développement considérable du foie et de la rate, qu'on a mis en avant comme cause. En dehors du fait cité par Morgani et qui est sujet à controverse, rien ne justifie pareille assertion.

Il n'en est pas de même pour la péritonite pelvienne ou partielle, l'hématocèle rétro-utérine, la pelvi-métrite, la métrite, le phlegmon iliaque et diverses tumeurs qui peuvent se développer dans le bassin, et celles qui sur-

gissent soit dans la cavité utérine, soit dans l'interstice des tissus de cet organe, ou à sa surface externe, ou dans ses annexes. Dans la péritonite pelvienne, qu'elle soit fibrineuse ou phlegmoneuse, il peut s'établir consécutivement des adhérences qui, après les dépôts fibrineux ou purulents, ayant fait dévier le corps de l'utérus, le maintiennent définitivement dans cette position vicieuse. Les tumeurs de toute nature peuvent jouer le même rôle. La métrite périphérique, désignée sous le nom de périmétrite, peut arriver au même résultat. L'endo-métrite, la phlegmasie catarrhale de l'utérus, en frappant plus spécialement ou uniquement tel ou tel point de l'organe, peuvent entraîner facilement, par voie de rétraction des tissus, des déviations, des inflexions, avec ou sans atrésie du canal utéro-cervical dans quelque partie de son étendue, comme l'uréthrite entraîne les atrésies du canal de l'urèthre. L'arrêt de l'involution, de la régression de l'utérus d'après notre école, est une des causes fréquentes de déviation ou d'inflexion. On comprend aisément le rôle des tumeurs pour les déviations, aussi bien pour celles qui ont leur origine sur l'organe utérin lui-même ou ses annexes que pour celles du petit bassin qui sont indépendantes.

Les tumeurs intra-utérines, qu'elles soient pédiculées ou interstitielles, entraînent l'antéflexion ou la rétroflexion et quelquefois avec déviation de l'organe, ce qui peut obscurcir le diagnostic. J'en ai observé deux exemples frappants chez deux dames américaines, l'une Mme Duf..., que j'opérai en 1869, avec l'assistance du docteur Dalpiaz, pour un volumineux fibrome dont l'insertion ou pédicule était au bas-fond utérin (fait publié dans la *Gazette médicale* de Paris), et l'autre, Mme Sch..., que j'opérai avec l'assistance de mon éminent confrère Ricord, d'un fibrome interstitiel encastré dans toute la moi-

tié antéro-postérieure gauche de l'organe (fait également publié dans la *Gazette médicale*, 1872).

Ici, il importe, quand un doute survient au sujet du diagnostic, de réitérer l'exploration directe durant l'époque menstruelle; à ce moment l'orifice dilaté permet l'introduction de l'indicateur dans la cavité cervicale et alors on constate aisément la présence de la tumeur dont on peut plus ou moins mesurer le volume, l'étendue, les insertions, en parcourant jusqu'au fond la cavité utérine.

Les efforts violents, soit dans une chute, soit en soulevant un fardeau, etc., soit dans un mouvement brusque et involontaire peuvent être cause d'antéversion ou de rétroversion; le raisonnement l'indique et les faits précis ne manquent pas dans la science. Ici, l'effet suit immédiatement la cause. Ajoutons, toutefois, que, de tous les faits, ces derniers sont peut-être les plus rares.

Si l'accouchement semble jouer le plus grand rôle à la provocation, c'est que c'est dans cet acte que l'utérus subit le plus grand traumatisme; c'est que c'est à sa suite que surviennent les phlegmasies de toute nature, *intus* et *extra*, et nous avons fait ressortir le rôle que jouent les inflammations pour l'avénement des déviations et des inflexions. On comprend qu'une déviation peut surgir sans phlegmasie par des causes indiquées plus haut, mais la déviation est alors un appel à la phlegmasie dans un moment ou dans un autre, et la persistance de celle-ci finit par déterminer par intumescence ou régression les inflexions du col qui viennent, dans la majorité des cas, s'ajouter aux déviations de l'organe entier.

Cependant, par une action toute locale, il peut se faire aussi que le col s'infléchisse sur un utérus en position normale et ces cas sont fréquents.

Voici le résumé, sous le rapport étiologique, qu'en sep-

tembre 1875, j'adressais à l'Académie des sciences sur mes opérations pratiquées jusque-là :

« J'ai opéré 74 malades jusqu'à ce jour ; 71 étaient atteintes d'antéversion ou rétroversion d'anté ou rétroflexion et 3 d'abaissement compliqué de l'utérus.

Sur les 71 anté ou rétroversions, anté ou rétroflexions, j'ai obtenu 65 succès complets et, dans six cas où il existait des brides ou adhérences invincibles, une amélioration consistant dans la guérison des épiphénomènes. Dans les trois cas d'abaissement, cas les plus difficiles pour l'opération. il y a eu trois succès complets.

De ces 74 malades, 4 stériles depuis 9, 5 et 4 ans ont pu devenir enceintes au bout de quelques mois, conduire la grossesse à bonne fin et accoucher normalement (1). Ceci est une preuve indéniable : 1° que les déviations peuvent quelquefois s'opposer à la fécondation ; 2° que non-seulement la méthode n'apporte pas d'obstacle aux fonctions de la génération, mais qu'elle fait disparaître, dans quelques cas, certaines causes de stérilité.

Cinquante-sept fois sur les 74 cas, il y avait intumescence plus ou moins considérable de la partie du col et du globe utérin dévié. Dans 11 cas, l'intumescence ou engorgement ne portait que sur la partie correspondante du col ; dans 3 cas (abaissements), le col, dans toute son étendue, et partie du globe étaient le siége de cet engorgement ; enfin, dans 3 cas seulement, il n'y avait aucune intumescence.

(1) Depuis cette communication, j'ai pu retrouver trois autres opérées qui sont devenues enceintes. L'une n'avait jamais eu de grossesse après cinq ans de mariage ; les deux autres avaient eu un enfant, l'une sept ans et l'autre onze ans avant. Les deux premières ont conduit la grossesse à bonne fin. La troisième est devenue enceinte après 4 ans de l'opération et 15 ans d'absence de grossesse. Enfin nous avons pu apprendre que, des quatre premières stériles, deux ont eu un deuxième enfant chacune.

Dans 37 cas, ou la moitié, avec la déviation utérine, il existait une inflexion du col recourbé en bec de cornue.

Dans tous les cas, excepté deux, il y avait leuchorrée plus ou moins abondante.

Dans les deux tiers des cas, il y avait ou érosions, exulcérations, seules, ou avec granulations plus ou moins en nappe ou mamelonnées.

Dans 8 cas, nous avons rencontré la déchirure de l'une des commissures du museau de tanche, cinq fois à gauche, trois fois à droite.

71 cas remontaient de dix-huit mois à neuf ans; les 3 autres cas étaient de date plus ou moins récente.

Sous le rapport des causes, voici ce que nous avons pu rigoureusement noter : dans 46 cas, les déviations sont survenues à la suite de couches ou d'avortement. En suivant la filière des symptômes dans ces cas, nous avons pu retrouver des traces de phlegmasie catarrhale, ou de péri-métrite, ou de métro-péritonite, ou de phlegmasie du tissu cellulaire sous-péritonéal des culs-de-sac, et nous avons conclu à la relation de cause à effet.

Dans 7 cas, elles sont survenues à la suite de violence extérieure, coup, chute, effort, etc., et la phlegmasie catarrhale, qui existait dans 4, a pu précéder et entraîner les déviations, ou a été la conséquence des déviations mêmes; point très-difficile à préciser.

Enfin, dans les 21 cas restants, déviations ou déplacements sont survenus chez des femmes n'ayant jamais eu d'enfant, ou en dehors de couches ou d'avortement.

En remontant aux accidents antérieurs, nous avons pu découvrir des traces de péri-métrite, d'hématocèle pelvienne, ou de phlegmons dans les culs-de-sac antérieur ou postérieur, de phlegmasie catarrhale, et logi-

quement nous avons rattaché les déviations à ces diverses causes.

Ceci est d'autant plus plausible que, sur un nombre de malades (huit), — dont trois ont été opérées et cinq ne l'ont pas été, — des déviations extrêmes (l'utérus renversé horizontalement, le col au niveau du globe), et survenues en dehors de couches, d'avortement et de tout accident analogue à ceux que nous venons d'énumérer, ne présentaient absolument aucun épiphénomène et ne causaient presqu'aucun trouble gênant pour les malades.

Dans 4 cas, nous avons noté un fait exceptionnel; les malades accusaient dans le flanc gauche une douleur sourde, persistante, ayant résisté à tous les moyens employés, avec une constipation opiniâtre; douleur s'exaspérant quand la constipation durait depuis quelques jours, soulagée après les évacuations. Cet accident a persisté chez les quatre malades, même après le redressement de l'utérus. Chez ces quatre malades, ayant eu chacune plusieurs couches, nous avons pu, en scrutant le commémoratif, soupçonner qu'il y avait eu chez elles une métro-péritonite. Nous avons conclu de là que ces douleurs devaient dépendre de quelques adhérences jetées par l'inflammation péritonéale autour de quelque partie du colon descendant ou du rectum, adhérences compressives et empêchant la libre circulation des matières fécales (1).

Dans 3 cas, sur des cols recourbés en col de cornue, nous avons constaté sur la partie concave un repli sous forme de bride en guise de faulx, et nous avons craint que ces brides n'empêchassent le redressement de l'or-

(1) Depuis lors, nous avons pu nous assurer que, chez deux de ces malades, douleur et constipation avaient complétement disparu, huit mois après l'opération chez l'une et onze mois chez l'autre.

gane. Il n'en a rien été. Ces brides, dues sans doute à une contraction rétractile exagérée de la partie correspondante du col, lorsque la partie opposée, engorgée, ne pouvait se contracter également, n'étaient constituées que par un repli de la muqueuse vaginale attirée fortement dans la partie du col devenu concave.

Dans les 8 cas où nous avons rencontré une déchirure profonde de l'une des commissures du museau de tanche, nous avons cru que l'inflammation entretenue par cette lésion n'était pas étrangère à la déviation de l'organe, d'autant que la déchirure aboutissait à la cloison vaginale.

5° Symptômes.

Il faut, autant que possible, distinguer les signes qui ont accompagné les déviations ou inflexions dès le début de la maladie, avant toute exploration, et ceux constatés à partir de l'exploration et du traitement, pour ne pas confondre ceux qui appartiennent en propre à la maladie et ceux qui pourraient résulter de ces derniers.

Le début de la maladie est très-difficile à préciser, excepté dans les cas où elle est la conséquence de coup, chute, contorsion, etc., ou de métrite ou pelvi-métrite aiguë, péritonite partielle, etc. Dans les autres cas, on ne peut guère apporter de précision à cette constatation, la maladie arrivant graduellement et lentement.

Douleur. — Dans la majorité des cas, il y a des douleurs dans les aines et dans les cuisses, dans les fosses iliaques ; dans la minorité à l'hypogastre. Rarement, il y a douleur dans l'aine d'un seul côté.

De même, les douleurs ne sont pas également vives des deux côtés, aines ou fosses iliaques. Quand la déviation est oblique, le côté le plus sensible est celui qui corres-

pond à la déviation du globe utérin. Les douleurs des reins ou dans le siége sont bien moins fréquentes. Elles ne se montrent guère que dans la proportion d'un cinquième. Il est des douleurs pectorales, unilatérales ou bilatérales, qui, dans quelques cas, semblent sous la dépendance des déviations ou des inflexions ; ce sont des névralgiès, de quelque façon qu'on les explique. On les rencontre également dans un quart des cas ; beaucoup d'auteurs les ont signalées. Simpson a principalement signalé les douleurs unilatérales qui, pour lui, sont un des principaux signes des rétroversions ou rétroflexions.

L'engorgement, l'intumescence du col dans les antéversions ou rétroversions déterminent un sentiment désagréable de pesanteur au périnée, une fois sur cinq. Dans les rétroflexions, ce sentiment est presque constant, car le col est ici presque toujours engorgé. S'il est des cas d'engorgement du col où ce phénomène ait manqué, il est positif aussi qu'on ne le rencontre chez aucune des malades exemptes du même engorgement ; il y a donc ici une corrélation de cause à effet. On est donc admis à croire que c'est du volume et de la nature de la lésion des tissus qui accompagnent l'engorgement, que dépend ici l'existence ou l'absence du phénomène morbide.

Miction. — La miction peut ne pas être troublée quand l'utérus renversé est mobile, et cela, surtout dans le décubitus dorsal ; elle est, au contraire, fréquente et quelquefois douloureuse quand l'utérus est rigide, immobilisé par des brides.

Je vois en ce moment une malade atteinte d'antéversion oblique depuis quatre ans, dont la cloison utéro-vésicale, tiraillée fortement à gauche, a rendu, par cette inclinaison à gauche de la vessie, cet organe tellement irritable que la malade urine une cinquantaine de fois par 24 heures, sans douleur notable. L'erreur

de diagnostic a fait commettre à plusieurs médecins des méprises dans le traitement. Le cathétérisme vésical, qui ne détermine aucune douleur, révèle l'obliquité du globe vésical et la diminution de sa capacité.

Défécation. — Il y a fréquemment constipation et cela pour deux motifs : d'abord, par la compression subie par le rectum; ensuite, par défaut d'énergie contractile de l'organe. Il est d'observation que la défécation se fait avec plus de peine chez les femmes qui, n'ayant pas la sensation de pesanteur, éprouvent une sorte de douleur vague du côté du sacrum.

Menstruation. — Généralement régulière chez les malades en antéversion ou rétroversion simple, puisque Valleix, sur les 21 malades, n'a rencontré que deux fois une abondance insolite, une diminution dans un autre cas et une répétition à quinzaine dans un quatrième; elle offre, au contraire, des troubles fréquents dans les inflexions. Cela tient évidemment aux coudes dans la direction du canal cervico-utérin, ou à certaines atrésies de ce conduit. Ainsi, on remarque des douleurs, un ou deux jours avant l'apparition du sang plus ou moins analogues à celles qui président au redressement du col dans l'accouchement. Dans la plupart des cas, le sang coule abondamment et dure un nombre de jours plus grand qu'à l'état de santé; plus rarement, il y a diminution; c'est au moins ce qui résulte de mon expérience personnelle.

Leucorrhée.—La leucorrhée existe dans presque tous les cas, parce qu'elle est liée à une phlegmasie qui a préexisté ou qui est survenue ultérieurement.

Le col de l'utérus est presque sans exception augmenté de volume. Cette augmentation, qui peut être une hypertrophie, un engorgement œdémateux, un engorgement inflammatoire, une hyperplasie, etc., est d'autant

plus considérable que les malades ont eu plus d'enfants, car déjà chez elles le col à l'état normal est plus volumineux que chez celles qui n'en ont jamais eu. Avec cette augmentation, on trouve la prédominance de la lèvre antérieure dans la rétroflexion, et de la lèvre postérieure dans l'antéflexion, ce qui pourrait s'expliquer, parmi d'autres raisons, par la contractilité plus grande de la partie encavée, et la moins grande contractilité ou l'inertie de la partie en saillie convexe.

Les granulations ont été observées dans un cinquième des cas; elles paraissent dépendre de la phlegmasie chronique de la muqueuse. Les ulcérations avec granulations sont plus exceptionnelles, ce qui est bien différent dans l'inflexion où elles sont presque la règle, tant à cause du frottement continuel du museau de tanche contre les parois vaginales que par la phlegmasie chronique, qui est entretenue ou suscitée par l'inflexion du col et son frottement même.

Le globe utérin est lui-même augmenté de volume, quand la maladie est ancienne; il offre plus de dureté, chose facile à constater par le toucher après redressement momentané.

L'augmentation comme la dureté peuvent ne porter que sur une moitié de l'organe, celle correspondant à l'excurvation. Paul Dubois et Désormeaux ont trouvé l'utérus engorgé, et notamment sur la paroi antérieure, dans l'antéversion. J'ajoute que sur la paroi postérieure, dans la rétroversion, on observe le même phénomène. Tout cela me paraît général, puisque je l'ai rencontré dans presque tous les cas, à un degré variable, et ceci est presque le point de départ du procédé que j'emploie pour le redressement.

Locomotion et divers troubles fonctionnels.—Dix-neuf fois sur vingt, la marche est difficile à divers de-

grés; dans les mêmes proportions, il survient un affaiblissement considérable, quelquefois complet dans les membres inférieurs. Les névralgies lombo-abdominales sont peu fréquentes, à moins qu'il n'y ait phlegmasie chronique catarrhale.

Les déviations, surtout celles avec flexion du col, sont un obstacle à la conception, obstacle dont il n'est pas besoin d'indiquer le mécanisme. Velpeau a vu des femmes n'ayant jamais eu d'enfant devenir enceintes aussitôt le redressement momentané de la déviation. Valleix cite un exemple pareil. Nous-même avons soigné la femme d'un magistrat, mariée depuis neuf ans, sans enfants, atteinte d'une antéversion. Aussitôt le redressement opéré, elle devint enceinte et mit au monde un garçon vigoureux.

Troubles digestifs. — L'appétit subit des changements, en général, au bout d'un temps assez long; il devient bizarre, capricieux, après avoir perdu de sa vivacité. Si dans nombre de cas la digestion se fait bien, dans d'autres, plus nombreux, il y a ballonnement, pesanteur à la barre de l'estomac, éructations, en un mot, tous les signes de dyspepsie; c'est surtout chez les chloro-anémiques que se montre ce trouble fonctionnel.

La pâleur de la face existe chez les femmes qui ont été sujettes à des hémorrhagies; cependant, quand l'amaigrissement et l'affaiblissement sont considérables, la pâleur de la face apparaît, et elle est d'autant plus marquée que les malades sont soumises à un repos absolu, privées de tout exercice.

Durée avant traitement. — Entre deux mois et huit ans, sur 21 cas, d'après Valleix.

Les déviations sont susceptibles de disparaître à l'âge critique, par atrophie utérine. Mais avec l'atrophie de

l'organe, une déviation peut surgir aussi à la même époque (1).

Une antéversion peut, suivant certaines circonstances, faire place, momentanément peut-être, à une rétroversion et *vice versa*. Valleix en cite deux exemples, Hervé de Chégouin et Amussat, chacun un. Il faut que l'utérus ne soit retenu par aucune bride et qu'il y ait une grande laxité dans les ligaments. La cause directe, la plus probable, est la distension progressive de la vessie et du rectum, et mieux encore de la vessie ; l'utérus, en se soulevant, prend l'attitude de la perpendiculaire, et, avec une pression un peu plus grande, le globe se dévie en arrière et la rétroversion est produite. Mais ce qui est bien autrement fréquent et bien autrement positif, d'après mon expérience et celles d'autres observateurs, c'est que l'antéversion passe aisément à la rétroversion, si les facteurs actifs persistent avec la même intensité et que les forces de résistance faiblissent. Par contre, dans les mêmes conditions, la rétroversion ne peut passer à l'antéversion, mais elle passe au prolapsus et peut être suivie même de procidence.

6° Pronostic.

Velpeau, grande autorité en la matière, déclarait nettement que les déviations utérines ne guérissent pas, mais qu'elles n'entraînent pas la mort. C'était aussi l'opinion de Paul Dubois ; c'est également l'opinion de tous les hommes compétents (2). De toutes les déviations, l'antéversion complète est la plus rebelle sans en excepter l'antéflexion.

(1) Je viens d'opérer une antéversion chez une dame qui a subi la ménopause à 48 ans et dont j'avais pu constater pendant plusieurs années la rectitude de l'organe avant la cessation des règles.

(2) J'ai revisé ce jugement ; je guéris les déviations.

D. — DES MÉTHODES ET PROCÉDÉS POUR REDRESSER L'UTÉRUS DANS L'ANTÉVERSION ET LA RÉTROVERSION DANS L'ANTÈ ET RÉTROFLEXION

Nous avons déjà dit ailleurs que les médecins qui s'étaient le plus occupés des déviations utérines, Paul Dubois, Velpeau, etc., après avoir employé divers procédés de redressement, en étaient arrivés, ainsi que cela ressort de la discussion de l'Académie de médecine, dont nous avons donné un résumé succinct, à déclarer qu'on doit se contenter des palliatifs, des pessaires, pelottes, etc., pour soutenir et maintenir l'utérus et diminuer ainsi les souffrances des malades.

Cependant, la méthode de Simpson, renouvelée et modifiée par Valleix, avait donné quelques résultats entre les mains de son inventeur et dans celles de Valleix. On trouve quelques exemples dus à ce dernier, nettement accusés dans quelques articles de journaux de l'époque. Cette méthode fixa un instant l'attention publique, mais ce fut pour la faire répudier presque aussitôt, même par Valleix.

En effet, cette méthode de redressement au moyen de la tige-sonde courbe, laissée en permanence dans l'utérus pendant un temps plus ou moins long pour maintenir le redressement une fois opéré, avait toutes sortes d'inconvénients et exposait à des dangers tellement sérieux que quelques malades y perdirent la vie. Les tâ-

tonnements inévitables pour la manœuvre, l'irritation produite par la présence d'un corps étranger dans la cavité cervico-utérine, les écorchures, érosions ou toute autre lésion produites par cet instrument, étaient causes de traumatisme utérin, et on sait quelle intensité peuvent acquérir les accidents traumatiques dans un organe d'ailleurs disposé à la facile résorption des liquides devenus septiques. Si, par elle-même, la phlegmasie de la cavité utérine est déjà grave en dehors des couches, d'autant plus redoutable est-elle quand elle est le résultat d'un traumatisme, soit par suite de couches, soit en dehors de celles-ci.

L'abandon de cette méthode fut, en France, sans retour et sans regret, malgré tout le talent que le regretté Valleix avait mis à la défendre. Elle est encore en usage en Angleterre, où elle a pris racine. Mais, malgré le crédit dont elle jouit et les succès qu'on lui attribue, nous doutons qu'elle puisse donner des résultats certains et durables, surtout dans les cas où l'utérus a subi des altérations de texture, qui le ramènent forcément à la déviation, après guérison apparente.

Amussat père avait affiché, dans une lettre adressée à l'Académie durant la discussion, la prétention de redresser l'utérus rétroversé, et il en rapportait au moins deux exemples.

Son procédé consistait à déterminer, au moyen d'applications successives du caustique de Filhos, une plaie sur la face du col, à la partie inférieure, opposée à la déviation, et une autre plaie à la partie correspondante du vagin. Ces deux plaies mises et maintenues en contact finissaient, au dire d'Amussat, par acquérir des adhérences, et ces adhérences, devenues solides, maintenaient le col dans cette situation.

C'était là une simple spéculation de l'esprit qui ne

reposait sur aucune donnée sérieuse, ni possible. En effet, en admettant qu'on eût déterminé deux plaies se correspondant face à face, il aurait fallu maintenir le col utérin constamment appliqué sur la paroi vaginale correspondante. Or, de deux choses l'une : si l'on parvenait à maintenir en cette position le col pendant un temps suffisant, et que celui-ci demeurât définitivement fixé, le globe utérin restant dans sa position vicieuse, ce serait tout bonnement une inflexion du col qu'on ajouterait à l'antéversion ou rétroversion, sans avoir amélioré celle-ci ; ou si entre les mains de l'auteur, par un mécanisme quelconque, la déviation avait pu être redressée et maintenue en état de redressement tout le temps que pouvait durer le traitement pour établir les soudures par voie de cicatrices, point n'aurait été besoin de ces cicatrices. Un utérus rétroversé, remis en place et maintenu en place pendant des mois est un utérus guéri. Mais non, le moyen indiqué par Amussat était tout simplement une utopie et l'auteur lui-même n'en reparla plus après l'accueil qui lui fut fait à l'Académie. C'était cependant le chirurgien qui, à cette époque, avait ses salons le plus encombrés de toutes sortes d'affections utérines.

E. — Preuves de l'impuissance des moyens jusqu'alors employés pour guérir les déviations

Pour démontrer une fois de plus, et sans réplique, l'impuissance de tous les moyens et procédés employés jusqu'à ce jour pour le redressement des déviations et inflexions de l'utérus dont se sont occupés tant d'hommes spéciaux, il me suffira de reproduire quelques passages d'une leçon faite par le professeur d'accouchement Pajot, devant son auditoire de la Faculté de médecine, et insérée dans le *Bulletin général de thérapeutique* du 30 novembre 1874. Je dois transcrire littéralement ces quelques passages :

« Tout a été dit, tout a été écrit, dit le professeur, sur les déviations utérines ; tout a été tenté contre elles, au point de vue pathologique. Les méthodes de traitement ont eu tour à tour leur vogue.

« On a prétendu les guérir avec des pessaires, il y a 40 ans. Rien qu'à énumérer les gimblettes, les bilboquets, les huit de chiffres, les machines indiennes et autres, on remplirait une bonne page de ces panacées disparues.

« Puis sont venus plus récemment les redresseurs. Admis aux honneurs académiques comme les précédents, attaqués, défendus tour à tour avec une certaine passion, ils ont rendu droits, dit-on, certains utérus rebelles ; mais ayant eu le malheur de tuer quelques femmes, sous prétexte de redressement, ils sont allés rejoindre les pessaires dans un néant dont ils n'auraient jamais dû sortir. »

Cette phrase humoristique du professeur s'adresse carrément au système de redressement imaginé par

Simpson, perfectionné par Valleix et dont l'Académie s'occupa si bruyamment à l'époque.

M. Pajot ajoute : « Il nous est resté l'hystéromètre, un instrument utile quelquefois et nuisible très-souvent. » Cette opinion est exactement celle que j'ai émise sur le même sujet dans le cours de ce travail.

Puis il continue : « Les sachets, les éponges et les machines à air ont eu aussi encore leurs partisans, et encore, à l'heure présente, le charlatanisme exploite, non sans quelques succès, l'ignorance absolue des femmes sur les mystères du museau de tanche dans ses rapports avec les culs-de-sac. Les déviations utérines (même les fibromes et les cancers) sont guéris au moyen des sachets par quelques industriels. »

« Enfin est venu l'accollement du col aux parois vaginales par la cautérisation, moyen plus sûr, mais dont les inconvénients et les dangers sont loin d'être compensés par des avantages équivalents. »

Ce dernier paragraphe est relatif aux tentatives d'Amussat père évidemment, et, quand M. Pajot l'appelle moyen plus sûr, il en parle certainement avec des idées théoriques, car pratiquement cet accollement est à peu près tout bonnement impossible, et j'en ai déjà donné les raisons ailleurs.

D'après les idées du professeur dont je viens de citer textuellement les paroles, les déviations et inflexions de l'utérus seraient absolument incurables par les moyens de l'art. Cette affirmation me plaît d'autant plus que c'est à la même opinion que s'étaient arrêtés ses devanciers, ainsi que je l'ai démontré dès le début de ce travail ; et du reste, comme complément de sa pensée à cet égard, M. Pajot termine par cette exclamation : « De sorte qu'encore aujourd'hui il faut revenir à l'opinion de Velpeau : « les déviations utérines ne tuent pas, mais on

ne les guérit pas. » On les guérit, peut-on répondre au professeur Pajot, et on les guérit sans faire courir aucun danger sérieux aux malades, ainsi que je le démontrerai par toutes les données anatomiques, physiologiques et pathologiques, ainsi que je le prouve par les faits nombreux que je publie.

Après cet énoncé très-exact et dont le jugement, à l'égard des procédés employés jusqu'à ce jour, est parfaitement semblable à celui que j'ai formulé moi-même dans le cours de ce travail, le professeur Pajot aborde les déviations utérines sous un autre point de vue, celui de la conception ou fécondation.

S'il est vrai, dit-il, que chez des femmes qui ne présentent d'ailleurs aucune autre cause apparente, la déviation utérine ait paru souvent expliquer la stérilité, il n'en est pas moins vrai que, sans pessaire, sans redresseur, sans éponge ni sachet, il y a possibilité de fécondation. Les déviations, les inflexions extrêmes, les fausses routes vaginales qu'il signale ne sont pas, dit-il, des obstacles absolus à la fécondation, si d'ailleurs la femme est bien réglée, bien portante et sans lésion autre de l'utérus. Cette proposition est exactement vraie, mais l'obstacle relatif n'en existe pas moins, et il faut faire au mari et à la femme, à chacun en particulier, une leçon de position à prendre pour tâcher d'arriver à la fécondation.

Rien de plus juste, et les bons praticiens doués de connaissances solides n'ont jamais ignoré l'extricabilité de tous ces mystères que M. Pajot signale avec son humour ordinaire.

Pour ce professeur, le meilleur moyen de redressement est la grossesse. Mais il faut que la femme puisse être fécondée ; en effet, d'après son observation personnelle, l'antéversion ou rétroversion, comme les inflexions, disparaissent après les couches. Seulement, car il y a

encore un seulement, si on examine, dit-il, la même femme un an après l'accouchement, on retrouve la même direction vicieuse de l'utérus. Cette fois, M. Pajot nous paraît un peu trop absolu, et nous croyons que, si la gestation et la parturition ont remédié complétement à la déviation, cette déviation ne doit pas se reproduire à moins d'être déterminée par les mêmes causes qui ont suscité une première fois l'accident; et cependant, ce que dit M. Pajot est exactement conforme à l'observation, c'est-à-dire que, si on examine la femme peu après ses couches, on trouve l'utérus à peu près dans sa position normale.

Nous pensons que quand la déviation se reproduit, c'est que la grossesse, tout en remettant l'utérus en place, n'a pas eu la puissance de faire disparaître dans les parties habituellement engorgées, hypertrophiées, de l'utérus, les lagunes lymphatiques, le tissu conjonctif hypertrophié entre les lagunes, et qui, par suite de l'état phlegmasique, altère les fibres musculaires striées, dont la structure peut rester intacte, mais qui sont dissociées, et peuvent ne plus constituer de véritables faisceaux musculaires, tellement elles peuvent être écartées les unes des autres et brisées. Dans un tel état, les tissus conservant à la portion excurvée une bien moins grande force de contraction, comme je l'ai dit ailleurs, tandis que la partie opposée, au contraire, conserve sa contractilité normale, il peut se faire qu'une grossesse et la couche semblent faire disparaître la déviation ; mais elle revient bientôt rien que par le fait des altérations que je signale.

Il faut cependant reconnaître que, parmi tous les pessaires, il en est un qui se distingue par sa supériorité, et la possibilité d'obtenir, à son aide, un redressement dans quelques cas bien définis, c'est le pessaire ou redresseur utérin à air inventé par Garriel et mis souvent en pratique par Favrot.

Ce redresseur consiste en un ballon en caoutchouc à parois minces et aplaties, pouvant se rouler en spirale. Il y en a de dimensions variables et pouvant s'adapter à tous les cas. Ce ballon se termine par un tube en caoutchouc muni d'un robinet à son extrémité libre. D'autre part, il y a une poire en caoutchouc faisant fonction de soufflet insufflateur et muni à son extrémité d'un robinet qui s'adapte au robinet du tube du ballon.

Voici la manière de s'en servir : Soit une antéversion bien constatée ; la malade couchée horizontalement sur le dos, on introduit avec la main gauche le ballon roulé en spirale jusque dans le fond antérieur du vagin en rasant la face antérieure du col entre lui et le pubis, pendant qu'avec la main droite appuyée sur l'hypogastre on cherche à repousser en arrière le globe utérin. L'insufflateur est plein d'air, le robinet fermé. On adapte alors ce robinet à celui du tube qui est hors la vulve. Quand les deux robinets sont adaptés, on les ouvre et, par une pression douce et graduée, on pousse l'air dans le ballon qui se déroule et se distend au point voulu, point qui est indiqué par la tolérance de la malade, et qui, par sa distension, maintient refoulé en arrière le globe utérin. On ferme alors le robinet du tube conducteur, on retire l'insufflateur et on fixe le tube à la chemise de la malade au moyen d'un cordon de façon qu'il reste recourbé et flottant, et ne gêne en rien la malade. S'agit-il d'une rétroversion, c'est dans le cul-de-sac postérieur qu'est placé le ballon

C'est le mari qui doit se charger ultérieurement de cette petite opération. La malade doit, autant que possible, après s'y être habituée, garder l'appareil nuit et jour, en le retirant et le replaçant matin et soir, après une injection légèrement astringente avant chaque pose. La présence de l'instrument occasionne

d'abord un peu de gêne, des envies fréquentes d'uriner. Quand ces petits accidents sont trop accusés, on désenfle un peu le ballon; les malades supportent bien cette distension progressive.

On voit que cet appareil est à la portée de tous les médecins et de toutes les malades, autant par la modicité de son prix que par la facilité avec laquelle on le manie sans s'exposer à aucun accident sérieux.

Pour mon compte, j'en fais depuis longtemps usage. Quand les déviations sont libres de toute adhérence, quand la phlegmasie utérine catarrhale n'existe pas, quand l'utérus n'est le siége d'aucune intumescence ou engorgement, soit dans le col, soit dans le globe; quand il n'y a, par conséquent, pas de grandes souffrances, on a chance de guérison par ce procédé. Quand la déviation n'est que partielle ou incomplète, l'utérus étant dans les mêmes conditions dont je viens de parler, il y a toute chance probable de réussite; s'il y a phlegmasie catarrhale chronique, il faut d'abord combattre et dompter celle-ci avant d'avoir recours au procédé.

Sur une dizaine de cas d'antéversion ou rétroversion où je l'ai employé, j'ai réussi trois fois à obtenir une guérison radicale au bout de trois à quatre mois d'usage de ce petit appareil, les malades pouvant marcher, faire un peu d'exercice (1). Dans les simples déviations incom-

(1) L'appareil de Garriel a été modifié en France, en Angleterre et en Allemagne; mais toutes ces modifications, qui portent sur des points peu importants, n'enlèvent rien au mérite de cet appareil et surtout à l'idée éminemment pratique qui a présidé à son invention. En Angleterre, en Amérique, en Allemagne surtout, on a multiplié à l'infini les pessaires, les redresseurs; mais, quelle que soit l'ingéniosité qui a présidé à leurs différentes configurations, nous persistons à penser qu'en dehors des quelques cas que nous avons désignés plus haut, ils sont tout à fait impuissants à procurer une guérison radicale.

plètes, comme on en rencontre tant, j'ai obtenu des succès fréquents. Je dois ici citer un exemple frappant de succès dans une déviation complète, qui prouve la puissance d'action de l'instrument en même temps que son innocuité et la parfaite tolérance de la part de la malade.

Observation I.

ANTÉVERSION CHEZ UNE DAME MARIÉE DEPUIS NEUF ANS, SANS ENFANT ; REDRESSEUR UTÉRIN A AIR DE GARRIEL ; GUÉRISON ; GROSSESSE ULTÉRIEURE, ACCOUCHEMENT A TERME.

Mme de T..., femme d'un magistrat de la Somme, mariée depuis neuf ans, sans enfant, brune, tempérament bilieux-nerveux, m'est amenée par son mari en 1869, en l'état suivant :

Constipation habituelle depuis trois ou quatre ans, envies fréquentes d'uriner durant le jour ; dans la nuit rien de semblable. Rapports conjugaux douloureux, douleurs plus ou moins prolongées dans les reins et le petit bassin, un jour ou deux avant les époques, qui sont irrégulières dans leur apparition ; douleurs habituelles dans les aines, vers les fosses illiaques, exaspérées par la marche. Marche difficile, à tel point que la malade ne veut sortir que pour les exercices religieux ; amaigrissement, faiblesse générale, palpitations fréquentes, troubles nerveux ayant changé le caractère de la malade, qui est devenue irascible, impatiente ; digestions difficiles, ballonnement du ventre après le repas, éructations fréquentes qui semblent soulager. Mme de T..., est dans un désespoir marqué de ne pas être mère, ce à quoi elle rêve constamment.

A l'exploration directe,constatation d'une antéversion, le globe utérin en avant sur le pubis, le col ayant conservé le volume de celui de la jeune fille, tourné sur le rectum avec un certain degré d'inflexion. Ni érosions, ni granulations, peu ou presque pas de flueurs blanches. L'exploration directe en diverses positions donne toujours le même résultat; seulement le globe utérin, mobile et susceptible d'être déplacé avec les doigts, ne paraît point bridé par des adhérences. Je propose d'appliquer le redresseur en caoutchouc de Garriel

Prescriptions comme traitement général et local : Phosphate de fer de Leras (solution), deux cuillerées par jour dans deux tasses de tisane de fleurs de pensée sauvage (15 jours) ; ensuite quinze jours, deux cuillerées du sirop suivant : sirop d'écorce d'orange amère et sirop de gentiane mêlés par parties égales, alterner ainsi. Injections tous les soirs et tous les matins, avant de placer le redresseur, avec de l'eau de son dans laquelle on mettra

une cuillerée à café d'alcoolature de myrrhe et de lavande par parties égales ; eau de Soultmatz avec du vin au repas ; une cuillerée à café d'huile de ricin tous les matins, un peu d'exercice tous les jours progressivement augmenté.

Le lendemain, j'applique le redresseur à air (pelotte du plus petit calibre), je le pousse, en avant, au fond, entre le globe utérin et le pubis, et montre au mari comment il doit être placé tous les jours dans la même direction, si bien qu'une fois en place, le petit ballon, distendu progressivement par l'insufflation d'air, soulève et repousse en arrière le globe utérin, et par ce mouvement de bascule, fait revenir un peu en avant le col incliné en arrière. La première application est un peu douloureuse.

Mme de T.... devra retirer le soir en se couchant, le matin en se levant, le redresseur, faire l'injection prescrite et le replacer immédiatement après *pour le conserver constamment.*

Mme de T.... retourne chez elle et revient trois mois après : la santé générale est avantageusement modifiée, les digestions sont bonnes et les troubles nerveux ont cessé, la marche se fait bien mieux ; les forces sont récupérées en partie. Le globe utérin est replacé sur la ligne médiane, encore un peu en avant, et le col a sa direction normale. Je conseille de continuer le traitement général et local, d'aller passer un mois aux bains de mer. Mme de T.... m'annonce, quatre mois après, une grossesse qu'elle mène à terme, et va dans sa famille, à Amiens, pour faire ses couches. Elle a mis au monde un garçon vigoureux et bien portant ; les suites de couches ont été pénibles.

Trois mois après elle est revenue me voir, et, à part une phlegmasie catarrhale subaiguë du col pour laquelle je lui ai donné quelques conseils, j'ai trouvé tout en bon état. (1)

(1) Mme de T.... est actuellement au cinquième mois d'une deuxième grossesse.

F. — Sommaire sur la constitution anatomique de l'utérus et des annexes.

Il faut, pour l'intelligence de l'action de mon procédé et de la manière dont s'opère le redressement, que je rappelle sommairement la constitution intime de l'utérus, c'est-à-dire des couches musculaires qui en font un organe de contractilité de premier ordre, car mon procédé opératoire est dans sa plus grande partie une question de myotomie utéro-vaginale.

1° L'utérus, poche à parois épaisses et musculeuses, est situé dans l'excavation du bassin entre la vessie et le rectum, au-dessus du vagin que son col traverse par sa partie inférieure, autour de laquelle le vagin forme un repli ou ligament en ampoule pour laisser passer le museau de tanche, et au-dessous du paquet intestinal. Il est maintenu suspendu dans la cavité pelvienne par des replis du péritoine et des faisceaux musculaires en grande partie placés dans l'épaisseur de ces replis, replis formant des ligaments. Ces liens ou ligaments sont au nombre de six, trois de chaque côté : ligaments larges, ligaments ronds et ligaments utéro-sacrés.

Les ligaments larges n'empêchent pas l'inclinaison en avant et en arrière de l'utérus, mais ils forment une résistance à l'inclinaison latérale.

Les ligaments ronds ne sont jamais tendus, ils n'apportent donc aucun obstacle aux déplacements de la matrice.

Les ligaments utéro-sacrés constituent un obstacle à l'abaissement de la matrice vers la vulve.

L'utérus est suspendu, flottant dans l'excavation du bassin, et peut exécuter des mouvements plus ou moins étendus.

A l'état normal, l'axe de l'organe n'est pas rectiligne, il forme une légère courbe plus ou moins régulière, à convexité antérieure. L'utérus a la forme d'une poire ou d'un cône aplati d'avant en arrière. A l'état normal, son tissu propre est composé de fibres musculaires; pendant la grossesse ou par suite de la réplétion de la cavité qui nécessite sa dilatation, ce tissu revêt tous les attributs extérieurs du tissu musculaire, tel qu'on le trouve dans les appareils de la vie organique. Si, dans l'état de vacuité, les fibres musculaires sont inextricables, dans l'état de gestation, à cause du développement considérable qu'elles prennent, l'inextrication des faisceaux devient relativement facile à débrouiller. Le tissu est composé de trois couches : une externe, une moyenne et une interne.

Cette constitution de l'organe lui donne une puissance de contractilité extrêmement grande. La partie cervicale est, à l'état normal, plus dense, plus épaisse en apparence que le globe utérin dans ses parois. Ceci dit, voyons la disposition des annexes à son égard.

L'ovaire, sur les côtés de l'utérus, entre la vessie qui est en avant et le rectum qui est en arrière, occupe l'aileron du ligament large. Appendu à la matrice, il peut, comme cet organe, se porter en avant, en arrière et sur les côtés.

De son extrémité interne part le ligament de l'ovaire; de l'extrémité externe part une frange spéciale dénommée ligament de la trompe.

L'utérus, la trompe et le ligament rond sont compris

dans un même dédoublement du péritoine, le ligament large.

Le ligament de l'ovaire, faisceau arrondi de fibres lisses, va du bord libre de l'aileron postérieur se fixer en dehors, à l'extrémité interne du hile de l'utérus.

Le ligament de la trompe, tubo-ovarien, se détache du pavillon de la trompe pour aller se fixer vers l'extrémité externe du bord adhérent de l'ovaire.

Enfin, le ligament rond postérieur décrit par Rouget, faisceau de fibres lisses émergeant de l'utérus, se porte au *fascia propria* de la région lombaire, en suivant les vaisseaux utéro-ovariens.

On comprend, d'après toutes ces dispositions, que les maladies des annexes, leur inflammation surtout, par suite d'adhérences consécutives, puissent entraîner ou maintenir fixé l'utérus dévié.

2° Couches musculaires.

J'ai déjà dit que trois couches musculaires, une externe, une moyenne et une interne, constituent le tissu propre de l'organe.

L'état de distension par la grossesse a permis d'étudier ces couches. La couche musculaire externe laisse voir un faisceau ou bande médiane longitudinale qui, partant de la face postérieure à la jonction du col et du corps de l'organe, remonte au fond de celui-ci pour s'étaler en se partageant par divergence en trois parties : une externe, une interne et une médiane. L'interne s'entre-croise souvent partiellement avec celle du côté opposé de la ligne médiane ; l'externe se dirige vers les angles de l'utérus et se mêle aux fibres transversales. Les fibres de la médiane ou intermédiaire descendent sur la face antérieure du globe pour se recourber suc-

cessivement en dehors et aller se continuer avec les fibres qui constituent les ligaments ronds. Quelquefois les fibres les plus internes de ce faisceau descendant atteignent le niveau de l'isthme de l'utérus et se recourbent à leur tour en dehors pour se mêler aux fibres transversales.

Les fibres transversales forment la masse principale de la couche externe, point essentiel à noter. Dans la moitié inférieure du corps, elles sont directement transversales; plus haut, elles convergent vers les angles de l'utérus; vers la ligne médiane, les plus superficielles se recourbent quelquefois pour devenir longitudinales et se continuer avec le faisceau ansiforme. Celles qui sont plus profondes passent directement d'un côté à l'autre de l'utérus.

Les fibres du col sont généralement transversales, un peu obliques cependant en bas et en dedans et souvent entrecroisées sur la ligne médiane. Elles envoient des expansions, en dehors, dans les ligaments larges; en arrière, dans les ligaments utéro-sacrés, et quelquefois, en avant, dans les ligaments utéro-vésicaux (Cruveilhier).

La couche moyenne des fibres musculaires forme environ un tiers des parois; les faisceaux se croisent dans toutes les directions en s'envoyant fréquemment des branches de communication. Cette texture est la même dans tout le corps de l'utérus.

La couche interne se compose principalement de faisceaux annulaires, mais les fibres sont recouvertes sur chacune des faces de l'utérus par un faisceau large et épais de fibres longitudinales, faisceau triangulaire, dont la base supérieure s'étend d'un orifice à l'autre, et, dont le sommet, dirigé en bas, descend jusqu'auprès de l'orifice du col. Un faisceau musculaire très-puissant, et

toujours un peu saillant, entoure l'orifice interne du col et y forme un véritable sphincter. Dans le col, sur le milieu de chaque paroi, un faisceau musculaire ramifié détermine la saillie de l'arbre de vie.

3° Aperçus de physiologie et de physiologie pathologique démontrant la possibilité de guérir les déviations et inflexions utérines et l'inanité des tentatives faites jusqu'ici.

L'utérus, organe composé de couches musculaires dans toute son épaisseur, avec membrane de revêtement à l'intérieur et à l'extérieur, est un réservoir musculeux destiné à recevoir l'ovule fécondé, à le contenir durant tout le développement du fœtus, en se prêtant, par sa dilatation extrême, à toute son évolution, et à l'expulser, à sa maturité, par sa puissance de contraction. Il jouit donc de ces propriétés de dilatation et de contraction en tous sens qui n'appartiennent qu'aux muscles de la vie organique. Il a une sensibilité propre qui se manifeste à l'action de ses excitateurs naturels.

Dans l'acte de parturition, quand le col est infléchi en arrière, qu'il porte sur le rectum, ce qui arrive souvent ; quand il est recourbé en haut et en arrière en col de cornue, ce qui est beaucoup plus rare, un travail préparateur de la part de l'organe, c'est-à-dire des contractions répétées à distance qui durent plus ou moins longtemps et qui sont ressenties dans les reins, à tel point que les malades disent vulgairement qu'elles accouchent par les reins, finit par redresser le col et l'amener au diamètre central; puis le museau de tanche se raccourcit, s'efface en se dilatant. C'est là un travail tout physiologique. Le globe lui-même subit, durant le travail de parturition, des mouvements de déplacement

partiel par suite de contractions, et est susceptible de se redresser quand il est dévié.

Quand la cavité utérine contient un corps fibreux pédiculé ou interstitiel, si l'on examine les malades en dehors des règles, quand l'ouverture externe du col est exactement fermée, on trouve le col incurvé tantôt en arrière et tantôt en avant comme dans l'anté ou rétroversion, suivant que le fibrome est à la face antérieure ou postérieure. Si l'on n'a eu alors des soupçons préalables, on croit à une anté ou rétroversion réelle. Quand la menstruation s'opère, il y a dans ces cas, de la part de l'utérus, un travail de contraction qui dure de vingt-quatre à quarante-huit heures, que les malades indiquent elles-mêmes avant que le sang coule. Ce travail, qui est aussi un effort de la part de l'utérus pour expulser le corps qu'il contient et qui le gêne, ramène le col dans la direction normale et provoque un degré de dilatation. Si bien que le médecin qui, précédemment, a cru constater une déviation, s'il examine la malade quand le sang coule, et ce doit être la règle en cas de doute, trouve le col dans la direction normale, et suffisamment dilaté pour permettre d'engager l'indicateur et d'aller reconnaître la présence du corps fibreux, son insertion et ses rapports. On constate alors que la prétendue déviation a disparu.

Donc, par sa puissance de contraction, l'utérus est dans le cas de se redresser en tout ou en partie au moins momentanément, pour revenir à sa position vicieuse quand il rentre dans l'inertie.

Il y a mieux, presque chez toutes les malades atteintes de déviation extrême, il se fait également avant l'écoulement du sang, à l'époque menstruelle, une certaine tentative de redressement qui se traduit par des douleurs plus ou moins vives, vingt-quatre ou quarante-huit

heures avant l'apparition du sang, travail qui a, au moins un peu, pour mobile de rétablir la rectitude du canal cervical et de déterminer une certaine dilatation avec amollissement de l'orifice externe. Donc l'utérus dévié a une tendance naturelle à reprendre sa position normale, à se redresser dans certains moments et quand il y est sollicité par le besoin de fonctions à exécuter. Ce redressement s'opère, en effet, quelquefois rien que par la puissance de ses contractions en sens divers. En outre, le col se raccourcit et s'efface par le fait même de ces contractions.

Une fois l'utérus dévié, il est maintenu dans cette position par la persistance des causes qui ont entraîné la déviation.

Donc le problème à résoudre pour son redressement, c'est, par une opération bien conçue, de faire disparaître les causes qui, après avoir entraîné la déviation, la maintiennent irrévocablement, et de fixer définitivement l'organe dans sa rectitude normale par suite de rétraction cicatricielle après la guérison.

Ce problème est naturellement résolu par la myotomie utéro-vaginale ignée.

Il faut en donner l'explication, puisque c'est sur ses propriétés contractiles, sur une sorte d'anaplastie par synthèse qui fixe plus haut, sur cet organe, partie ou totalité de la voûte vaginale, et les tendances naturelles de l'utérus à se redresser dans certains cas, qu'est basée ma méthode

Dans toute déviation ancienne, l'utérus présente un épaississement, une augmentation de volume sur la partie ou face qui correspond au côté de l'inclinaison, c'est-à-dire à la face antérieure dans l'antéversion, et à la postérieure dans la rétroversion, épaississement plus accentué encore sur le col, ce qu'ont signalé Désormeaux

et Paul Dubois et que j'ai retrouvé constamment. J'ajoute que cette disposition pathologique est un obstacle presque invincible pour le redressement de l'utérus ; que l'intumescence de cette partie de l'organe est un puissant obstacle à sa contractilité normale qu'il annihile, tandis que la partie opposée conserve toute sa puissance de contraction ; que de cette inégalité de contraction dans les deux parties il résulte forcément que la partie qui conserve sa contractilité normale exerce une action graduelle et continue qui finit par entraîner de ce côté l'inflexion du col, qui peut arriver à être recourbé en arc de cercle avec la forme de bec de cornue, comme Baudeloque l'a signalé. Avec une telle inflexion survient forcément le frottement continuel du museau de tanche sur la paroi correspondante du vagin, et avec ce frottement les érosions, les exulcérations, les granulations, quand l'inflammation catarrhale chronique préexistante ne les a pas déterminées déjà; et, s'il y a eu préexistence, elles sont entretenues et augmentées par le fait du frottement.

Ballon suspendu dans le bassin, au-dessous des intestins, en avant du rectum, en arrière de la vessie, par six ligaments principaux, larges, ronds, utéro-sacrés, et un peu maintenu par les ligaments utéro-ovariens et utéro-vésicaux, la matrice obéit à sa puissance de contraction et de dilatation en tous sens, suivant qu'elle y est sollicitée ; elle subit en outre la pression des organes voisins. Les ligaments qui sont ses cordes d'attache, sont admirablement disposés pour permettre son élévation au-dessus du bassin et son développement en circonférence. Le plancher vaginal constitue le principal obstacle à son abaissement, conjointement avec les ligaments utéro-sacrés. Le vagin, en effet, dans son plancher, reçoit et enlace le col de l'organe, le coiffe en formant une

ampoule au-dessous de laquelle se trouve le museau de tanche ou partie sous-vaginale du col, et les colonnes antérieures et postérieures du vagin peuvent être considérées comme des points de support de cette partie du col.

Avec de pareilles conditions, quand l'utérus s'incline, s'incurve ou s'abaisse, s'il n'est maintenu dans ces positions vicieuses par des brides, des adhérences solides, résultats de phlegmasie, il est facile de concevoir qu'on peut le redresser, le remonter à sa place en agissant par section sur les couches musculaires de telle ou telle partie du col et sur les points d'attache de la face inférieure de la cloison vaginale. Ces sections sont faites dans les directions que nous indiquerons suivant les cas.

Trois couches musculaires constituent cet organe éminemment contractile : l'une externe avec des communications anastomotiques avec les ligaments qui forment des cordes de rappel ; une couche moyenne, la plus considérable, et qui se relie par des fibres à toutes directions avec la couche externe et en reçoit les impressions comme elle les transmet à la couche interne par les mêmes communications directes de faisceaux en tous sens.

Voilà les agents de contraction et de dilatation de l'organe.

On peut avoir de la peine à comprendre que sur la portion sous-vaginale du col, le museau de tanche, on puisse pratiquer tant de sections, d'incisions.

En effet, à l'état normal et chez la jeune fille vierge, le museau de tanche, qui a la forme d'un cône renflé à sa partie moyenne, arrondi à son bout inférieur, ne mesure que 6 à 12 millimètres de longueur.

Mais le museau de tanche se déforme et acquiert un développement plus ou moins considérable par suite des

rapports sexuels, de l'acte de parturition, et surtout par suite d'états pathologiques. Il peut acquérir, dans ces cas, des dimensions triples, quadruples, quintuples et plus dans le sens de son diamètre vertical, et de l'augmentation de volume dans les autres sens.

L'application bien faite du spéculum qui refoule fortement en arrière, et dans le sens que l'on veut, le plancher vaginal, en faisant saillir fortement en avant le col dans le champ de l'instrument, permet aisément de reconnaître à travers la membrane du plancher la jonction du col avec le globe utérin et même un peu au-dessus.

En se rappelant la constitution anatomique de l'utérus, avec ses trois couches musculaires et ses attaches ou ligaments, on comprend que les incisions ou sections musculaires qu'on pratique sur les parties du col, jusqu'à sa jonction avec le globe, déterminent, par suite de la cicatrice, une rétraction musculaire qui s'étend sur toute une partie correspondante du corps et que, par l'intrication des fibres musculaires agissant par voie de continuité, on obtienne des mouvements de bascule de tout l'organe. Le dégorgement, par voie de suppuration consécutive, des parties engorgées ou épaissies, ramène ces parties à leur contractilité normale, qu'elles avaient perdue, car après la guérison des plaies, le tissu cicatriciel a comblé les lagunes; tout engorgement a complétement cessé.

Un autre fait s'est produit immédiatement après les sections : les fibres musculaires qui vont s'anastomoser avec le ligament rond, si c'est une antéversion qu'on opère, entraînent son relâchement et permettent la mobilité du corps d'avant en arrière, ce qu'empêchaient auparavant ces fibres en contraction permanente. Il en est de même pour les fibres qui, du col, vont s'anasto-

moser avec les ligaments utéro-sacrés, si c'est une rétroversion qu'on opère ; leur relâchement permet la mobilisation du corps en avant.

L'utérus, tenu en suspension par ses ligaments et facilement mobile, est comparable à un ballon enserré dans ses mailles, dont la nacelle maintient la perpendiculaire, quand il n'y a aucun vent capable de faire pencher le globe. Une fois l'utérus débarrassé de toutes les tractions opérées par les tensions ligamenteuses ou musculaires, le globe obéit à la direction que lui imprime le col en revenant à sa place ordinaire. Tout l'organe obéit alors à ses tendances naturelles qui sont le redressement par sa puissance contractile. Enfin, débarrassé de tout engorgement, et le plancher vaginal étant porté plus haut, devenu plus résistant, l'organe résistera désormais aux facteurs qui tendaient à le dévier.

G. — Méthode pour guérir les déviations.

Cette méthode se compose de deux parties essentiellement distinctes : l'une, qui s'adresse à tout l'organisme, c'est le traitement général ; l'autre, qui ne s'adresse qu'à l'organe lui-même ou aux annexes, c'est le traitement local, qui comprend les procédés opératoires pour le redressement des déviations ou inflexions utérines et le relèvement de l'utérus abaissé, c'est-à-dire la partie capitale de la méthode.

1° Le traitement général s'attache à reconstituer les forces organiques, à combattre les divers troubles nerveux qui sont la conséquence de la lésion locale réagissant au loin sur le système nerveux qui régit les fonctions organiques, à modifier ce que nous dénommons encore les diathèses, ainsi que les prédominances constitutionnelles, les vices de transmission héréditaire ou d'acquisition qui entachent la constitution. Les médicaments qui contribuent le plus, suivant nous, à atteindre ce but sont, d'après notre expérience, le fer dans ses préparations le plus assimilables, le plus susceptibles d'être absorbées ; et, à ce titre, la solution de phosphate de fer de Leras, le protochlorure de fer de Rabuteau méritent la première place ; les toniques de premier ordre, tels que le quinquina dans ses diverses préparations, sous forme d'extrait associé au vin ou à un sirop, ou même à l'état d'infusion à froid suivant la

tolérance de l'estomac des malades; les amers de toute nature, comme l'infusion de quassia amara, de gentiane, de houblon pour réveiller l'appétit souvent bizarre, diminué, quelquefois nul. L'iodure de potassium suivant les cas, l'huile de foie de morue associée par parties égales au sirop anti-scorbutique ou au sirop d'écorce d'orange amère, concourent au même but, d'après les indications. Pour les troubles nerveux, nous administrons le bromure de potassium à la dose de 2 à 4 grammes par jour. Ce médicament exerce une action sur l'organe central de la circulation en modérant l'action nerveuse. Nous prescrivons aussi la digitale à faible dose qui, ajoutant son action à celle du bromure de potassium, ne tarde pas, à mesure que les forces se relèvent, à modérer et à faire disparaître complétement ces palpitations nerveuses dont sont affectées la plupart des malades par suite de la prolongation des déviations et de leurs conséquences. Les eaux de Vals, de Soultzmatz, de Vichy, d'Uriage, d'Allevard, de Bussan, etc., etc., conviennent pour faciliter la digestion stomacale. Le régime bien réglé entre pour une bonne part dans le traitement général, ainsi qu'un peu d'exercice quotidien, en rapport avec la force des sujets, qui sont trop enclins à garder un repos absolu qui les énerve et concourt à augmenter les troubles nerveux et à étioler les malades. C'est surtout dans ce grand centre de Paris où les promenades sont souvent difficiles à cause des distances, et dont l'air des appartements ou des logements laisse souvent beaucoup à désirer pour l'entretien du bon état des fonctions organiques, que cet exercice devient nécessaire. Nous combattons la constipation qui, dans ces cas, est si fréquente, par de simples laxatifs comme l'huile de ricin à toutes petites doses répétées tous les jours ou deux ou trois jours de suite, suivant les besoins; le podophylin

à la dose de 2 à 3 centigrammes par jour, la rhubarbe. La constipation n'est pas seulement d'un mauvais effet local par la pression qu'exercent sur l'utérus dévié les matières solides accumulées dans le rectum ; elle a encore une action générale sur les fonctions digestives en laissant les matières s'accumuler dans l'intestin, acquérir une certaine fétidité qu'elles communiquent aux gaz qui se développent au-dessus d'elles, et qui, ne s'échappant pas par la voie inférieure, la plus naturelle, remontent jusque vers l'estomac et produisent une sorte de septicémie gastro-intestinale, en plus du ballonnement et de la tension incommode et souvent douloureuse qu'ils impriment aux viscères qui les contiennent ou à ceux qui les confinent. Ajouterons-nous que les bains toniques, les frictions stimulantes à la peau, les distractions, etc., concourent efficacement au but vers lequel tend le traitement que nous dénommons général, parce que les parties de ce traitement convergent vers un but commun : l'amélioration des fonctions, la régénération de la constitution, le relèvement des forces organiques, la reconstitution générale, en un mot tout ce qui embrasse la juste équilibration des fonctions organiques entre elles.

2° Le traitement local, avant l'opération, consiste à apaiser les douleurs qu'une phlegmasie catarrhale chronique, passée à un état sub-aigu, peut déterminer ; à modérer la tension des tissus constitutifs de l'utérus causée par cette phlegmasie exacerbée, jusqu'à ce que, ramenée à son état préexistant de chronicité, elle puisse permettre de procéder à l'opération qui, elle-même, est souveraine pour la faire disparaître avec toutes ses conséquences, telles que : engorgement de certaines parties de l'organe utérin, érosions, granulations, exulcérations, leucorrhée, tout en ramenant l'utérus à la direction normale.

1° Le repos; les résolutifs, tels que frictions mercurielles, belladonées sur le bas-ventre, vésicatoires, applications froides, la glace même; les émollients intus et extra sous forme de fomentations et injections, de cataplasmes de farine de lin et de bains, tels sont suivant l'opportunité, les moyens qui constituent ce traitement local.

Après l'opération, les applications réfrigérantes, la glace sur le bas-ventre pendant trois à quatre jours, pour empêcher l'explosion de douleurs nouvelles et éteindre celles qui surgissent par suite de l'opération; pour s'opposer à l'hypérémie et prévenir par là quelque inflammation qui pourrait en être la conséquence; puis les injections de lavage à l'eau de son, répétées plusieurs fois par jour, pendant le temps que les escarres mettent à être éliminées, temps que l'on peut raisonnablement estimer de dix à quinze jours; et enfin, cette période passée, les injections détersives et de reconstitution, les pansements à travers le spéculum complètent, avec l'opération, le traitement local. Ces injections sont faites avec de l'eau ordinaire et même avec de l'eau de son additionnée d'une certaine quantité d'une mixture dont je donnerai la formule. Les pansements consistent à absterger à travers le spéculum, au moyen de boulettes d'ouate portées sur le col avec de longues pinces, puis à toucher les parties avec un mélange de la mixture dans la proportion d'un tiers avec l'huile d'olive.

II. — Myotomie utéro-vaginale ignée appliquée au redressement des déviations et inflexions.

Cette méthode étant basée sur les données anatomiques, physiologiques, et sur l'interprétation des phénomènes de physiologie pathologique, diffère d'une façon absolue de tout ce qui a été tenté jusqu'ici pour le redressement des déviations ou inflexions, car tout ce qui a été fait et tenté découle brutalement des lois de la mécanique et se trouve en contradiction flagrante avec les notions scientifiques les mieux établies. Il ne fallait pas songer, pour l'exécution des sections musculaires et membraneuses, à recourir aux instruments tranchants à froid, car on serait trop exposé à des séries d'accidents plus ou moins graves, et plus ou moins compromettants pour des malades, dont, au demeurant, la vie ne se trouve pas menacée par les infirmités dont on souhaite les débarrasser. Cela est tellement vrai, que des chirurgiens du plus haut mérite reculent à porter, sans nécessité absolue, l'instrument tranchant, même sur le col de l'utérus. Cette manière de procéder exposerait :

1° A des hémorrhagies considérables, qu'il pourrait être fort difficile d'arrêter;

2° Dans les sections ou incisions, les vaisseaux sectionnés, restant béants, exposeraient durant la période de suppuration à l'absorption ou résorption des liquides, par conséquent à l'infection putride ou purulente, et cela d'autant plus facilement que l'utérus est pourvu

grandement de vaisseaux sanguins et lymphatiques. Ces sections elles-mêmes pourraient être suivies de phlébite ou de lymphangite, sans compter l'inflammation traumatique, les phlegmons, les fusées purulentes qui pourraient en être la conséquence.

L'utérus a une sensibilité propre qui se manifeste sous l'action de ses excitateurs naturels. On peut dire, au contraire, qu'à l'égard de certains autres excitateurs, il conserve une sorte d'impassibilité, ou au moins un degré prononcé d'insensibilité, surtout dans la partie qui constitue le col.

C'est ainsi que cette partie de l'organe, excitable, contractile sous l'impression des attouchements génésiques ou sexuels, ne manifeste pas de sensibilité notable quand le fer rouge est porté sur l'une de ses parties.

D'après notre expérience, nous avons constaté un effet à peu près semblable pour la cavité du globe utérin qui ne manifeste qu'une souffrance bien modérée quand le fer rouge est porté dans son intérieur. Ainsi, très-grande sensibilité pour les excitateurs propres et sensibilité obtuse pour certains excitateurs externes, tels que le feu, voilà deux conditions de l'organe utérin. D'autre part, et par le fait de sa constitution anatomique, cet organe possède une impressionnabilité morbide très-grande, une aptitude prononcée à s'enflammer violemment à la moindre érosion, écorchure ou plaie, faite sur la muqueuse qui tapisse sa cavité, et une tendance sans égale à absorber les produits de l'inflammation, les liquides devenus septiques. Ce sont là des points capitaux à noter dans la question qui nous occupe ; c'est là la base des accidents multiples et quelquefois mortels qui se sont montrés daus le procédé de redressement inventé par Simpson et renouvelé par Valleix ; c'est là un des principaux motifs pour lesquels le professeur Gosselin

témoigne une répulsion, qui va jusqu'à la prohibition, pour toute incision faite sur cet organe avec les instruments tranchants à froid.

Pour donner une idée de la différence de sensibilité de l'utérus sous divers excitateurs, je veux sommairement rapporter un exemple. En décembre 1869, une jeune miss américaine de 24 ans était sur le point de succomber à des métrorrhagies répétées. Tous les moyens avaient été épuisés par divers confrères. Quand je fus appelé, la malade était d'une paleur de cire, exsangue, sujette aux lypothimies, vomissant tout et ne pouvant faire le moindre mouvement dans son lit. La dernière hemorrhagie durait depuis quinze jours. Sans examen direct, je déclarai qu'il s'agissait probablement d'un polype utérin et que, le cas échéant, il faudrait l'opération immédiate. On comprend l'hésitation de la famille pour la constatation directe. Après 24 heures d'indécision, l'examen fut accordé. Le lendemain, assisté de mon confrère Dalpiaz, je pus contater la présence d'un polype pendant dans le vagin. Il s'agissait d'une fille vierge. Il fallut inciser la membrane hymen; le polype pédiculisé sur la partie cervicale supérieure fut vite enlevé, mais j'en sentais un second, gros comme une noix, ayant racine dans la cavité utérine. J'en fis l'ablation et, après, je portai à trois reprises, dans la cavité utérine, un cautère à roseau rougi, pour cautériser les points d'insertion. Il n'y eut que peu de souffrance, beaucoup moins que pour les manœuvres d'ablation du polype ; tout se passa bien ensuite. (Ce fait est rapporté dans la *Gazette médicale* de Paris.) Six mois après il y avait récidive. Cette fois ce n'était plus un polype fibreux comme j'avais considéré les autres ; je me trouvais en présence d'une tumeur fibro-encéphaloïde volumineuse. Après l'ablation, avec l'aide de M. Dalpiaz, je portai quatre fers

rougis dans la cavité utérine. Rien ne surgit à la suite. En quatre mois, je fus obligé de renouveler la même opération quatre fois avec l'assistance du docteur Dalpiaz, tant la repullulation de l'encéphaloïde était rapide sur un moignon qui occupait le fond de l'utérus. A chaque séance, je n'enlevai pas moins de trois à quatre cents grammes de production encéphaloïde. Les trois premières fois je portai dans l'intérieur de la cavité utérine trois à quatre cautères au rouge cerise. Il ne s'en suivit jamais ni douleur accentuée, ni accident consécutif. Après la quatrième opération, je voulus badigeonner, avec un pinceau trempé dans le perchlorure de fer à 30°, la cavité utérine. Cette fois la malade fut prise de douleurs atroces, de vomissements continuels, de fièvre avec délire et de prostration. Ces accidents durèrent quinze jours et faillirent enlever la malade. Grâce à l'hydrate de chloral, je parvins à procurer du sommeil ; la glace sur le ventre, des purgations salines répétées, puis un large vésicatoire eurent raison des accidents.

Pour réaliser le but que je me proposais, c'est-à-dire n'exposer les malades à aucun danger d'abord, leur épargner le plus possible de souffrances ensuite, et aboutir à un résultat à peu près certain, il fallait donc repousser l'action des instruments tranchants à froid. Dès lors il ne restait plus que deux procédés pour mettre la méthode à exécution : 1° La galvano-caustique ; 2° La chirurgie utérine ignée proprement dite.

La galvano-caustique qui, bien exécutée, mettrait à l'abri de ces accidents, devient tout à fait impropre, dans le cas qui nous occupe, à l'exécution des sections variées à pratiquer et des abrasions de tissus à faire, à cause de la disposition des parties à opérer, du peu d'espace que l'on a pour l'opération entre le champ du spéculum et le col ; enfin à cause des formes et des courbures à donner

aux sections, du peu de sûreté qu'on a d'obtenir ou de maintenir la chaleur au degré voulu, par conséquent de limiter exactement l'escarrification des tissus et d'être maître de tout écoulement sanguin. Il faut ici une précision presque mathématique dans le manuel opératoire.

L'utérus, qui, comme je l'ai dit, a une si grande sensibilité aux excitants naturels ou physiologiques, offre, au contraire, une tolérance très marquée pour certains excitants extérieurs, tolérance qui va pour le col, jusqu'à une quasi-insensibilité. Telle est sa tolérance pour le feu, même sur la membrane qui revêt sa cavité, ce que je viens de prouver. Par contre, cette même membrane montre une si grande sensibilité que la moindre lésion traumatique peut devenir la source d'accidents formidables; que des injections, même inoffensives par leur nature, peuvent déterminer sur elle une violente inflammation. J'ai donc été naturellement amené à donner la préférence à la chirurgie ignée.

Depuis onze ans, toujours guidé par l'observation expérimentale, je suis arrivé à exécuter les incisions ou myotomie utéro-vaginale au moyen de couteaux ou ténotomes de formes multiples et assez variées pour pouvoir s'adapter à tous les cas. Ils sont chauffés jusqu'au rouge cerise généralement, et, exceptionnellement, jusqu'au rouge-blanc, qui laisse béants les orifices des vaisseaux sectionnés et donne lieu à un écoulement de sang qu'il faut arrêter ensuite en appliquant des ténotomes au rouge-brun, pour produire l'escarrification.

Avec mes ténotomes j'arrive à exécuter avec une précision mathématique toutes les sections, incisions et excisions nécessaires sans dépasser les limites, et j'évite tous les accidents dont j'ai parlé plus haut. Le procédé opératoire est donc la myotomie utéro-vaginale ignée. Mais là ne devaient pas s'arrêter les heureux effets de la chi-

rurgie ignée. De conséquences en conséquences et en multipliant et variant l'instrumentation, je suis arrivé à exécuter sur les parties utéro-vaginales toutes les sections, excisions, qui constituent l'anaplastie par exérèse; les amputations partielles du col, l'ablation des tumeurs accessibles, etc. etc. Finalement j'ai généralisé cette méthode à tous les cas qui peuvent la comporter sur les autres parties du corps, sections des tumeurs pédiculées telles qu'hémorroïdes; à certaines tumeurs plus diffuses, encondromes, papillomes, névromes, adénomes préalablement disséqués ou étranglés à la base tégumentaire, chaque plaie faite par des instruments incandescents devenant des plaies fermées dont l'organisation se trouve en partie faite à la chute des eschares.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE

1° Dans l'antéversion.

Le procédé consiste, ainsi que je l'ai dit plus haut, dans la myotomie ou sections musculaires du col, opérées à une profondeur telle que la couche musculaire moyenne puisse être comprise dans la section. Ces sections sont transversales, longitudinales, obliques, suivant les cas.

Elles n'occasionnent par elles-mêmes aucune douleur, tant l'utérus est peu sensible à l'action du feu. Quand il y a douleur réelle, c'est le spéculum qui la produit en s'échauffant au contact des instruments incandescents. Quand on a soin d'introduire dans le spéculum, et immédiatement après la section, un tempon de linge imbibé d'eau froide, on prévient ou on arrête subitement cette douleur. La grande majorité des malades, en s'apercevant qu'elles ne souffrent pas, lorsqu'elles avaient été terrifiées par l'appareil, témoignent une hi-

larité bruyante, sorte de jactance en face d'un danger auquel elles croyaient et qui n'existe pas.

Dans l'antéversion, l'utérus est renversé en avant sur le pubis, couché sur la vessie. Le col est tourné en arrière, sur la face antérieure du rectum. Cette situation peut aller au point que le col soit de niveau avec le corps renversé, ou plus haut même que le corps, ou qu'il reste au-dessous du niveau. Le degré ne fait rien, pourvu qu'il n'y ait aucune adhérence.

J'ai remarqué, parmi tous les cas observés, que l'utérus en antéversion complète, s'il ne produit ni cystocèle, ni aucun tiraillement sur le col de la vessie, ou s'il ne fait dévier ce réservoir à droite ou à gauche, s'il n'est le siége d'engorgement de quelque partie, de subphlegmasie ou autre lésion, mais surtout de phlegmasie catarrhale chronique, ne cause souvent ni douleur, ni troubles fonctionnels locaux ou généraux. C'est ce que je rencontre, en ce moment, chez une jeune femme mariée depuis trois ans, qui a l'utérus complétement et franchement antéversé. C'est ce que j'ai rencontré naguère chez la femme d'un confrère de province, forte, ingambe et d'une santé florissante, dont l'utérus antéversé offre un col tourné en arrière et élevé au-dessus du niveau du globe. Cette femme fait des courses de toute longueur et supporte toutes les fatigues sans douleur. En un mot, elle n'éprouve aucun inconvénient et ne veut se faire opérer que dans l'espoir d'avoir un second enfant. Elle en a eu un, il y a quatre ans. Dans ces deux cas d'antéversion, qu'on peut dire extrêmes, il n'y a aucun des troubles, aucune des douleurs que l'on rencontre dans la plupart des autres cas, parce qu'il n'y a ni phlegmasie catarrhale, ni engorgement, ni érosions, ni granulations; en un mot, aucune autre lésion que la déviation. C'est donc avec une parfaite connaissance de

son sujet que Paul Dubois a pu dire que la déviation n'est pas par elle-même la cause de troubles et de souffrances, mais que ce sont la phlegmasie qui la suscite, et les lésions dont elle est suivie qui les déterminent. Et la preuve la plus explicite, c'est que quand l'antéversion est congéniale, fait qui a été observé chez des jeunes filles et constaté à l'autopsie, aucun désordre ni trouble locaux ou généraux n'ont pu faire soupçonner cette anomalie durant la vie.

Le procédé opératoire, dans l'antéversion, varie suivant que le col est incurvé ou non et suivant qu'il est ou non le siége de quelque engorgement.

Neuf fois sur dix, quand l'antéversion est ancienne, le col est plus ou moins incurvé en bec de cornue. Cette proportion est celle que j'ai notée dans les cas observés. Il est vrai que les cas observés sont, dans l'immense majorité, de ceux où les malades viennent consulter pour des souffrances, de la détérioration dont elles ignorent la cause, et qu'il est probable que d'autres femmes, atteintes d'antéversion sans souffrance aucune, comme les deux que je viens de citer, ne consultent pas et ne se doutent pas de leur infirmité.

Quand le col de l'utérus antéversé est incurvé et engorgé, voici comment j'opère (voy. fig. 1) :

Je fais, sur la face antérieure du col, trois incisions transversales de deux centimètres environ d'étendue et portant jusqu'à la couche musculaire moyenne ; la première, sur la jonction du col avec le globe, ou même un peu au-dessus ; la seconde, à un centimètre et demi de la lèvre antérieure ; la troisième, au milieu, à égale distance des deux autres.

Ensuite je pratique deux incisions longitudinales en ellipse, qui croisent les précédentes et dépassent un peu l'incision inférieure ; puis, avec des ténotomes en spatule

et à truelle, j'abrase d'avant en arrière la partie contenue entre les deux incisions elliptiques. Pendant tout ce temps, le col a été engagé dans le champ du spéculum, de façon à présenter la face excurvée, l'extrémité du museau de tanche restant refoulée en arrière, ce qui est sa situation constante de déviation.

Je ramène alors directement dans le champ du spéculum le museau de tanche, qui vient se présenter en saillie. Le plus ordinairement, la lèvre antérieure est épaissie et proéminente ; avec un instrument en quart de cercle à tranchant oblique en avant et en haut, ou avec mon sécateur, suivant les cas, j'emporte d'un seul coup, et en lui donnant la forme d'un V renversé, un lambeau qui, partant du rebord externe de cette lèvre,

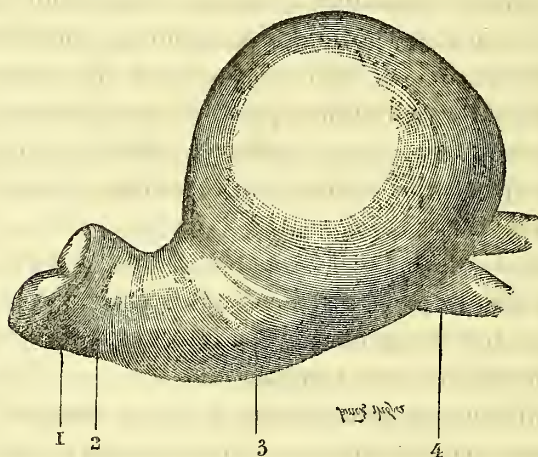


FIG. 1. — Utérus en antéversion.

1. Saillie de la lèvre antérieure. Point où porte l'excision en V à base antérieure et sommet postérieure.
2. Incision transverse antérieur.
3. Incision transverse postérieure. Entre 2 et 3 il est fait une troisième incision transverse. De 2 à 3, deux incisions longitudinales elliptiques, dont une en emporte-pièce enlève la partie médiane.
4. Annexes du côté droit.

va rejoindre l'incision transverse inférieure. Cette incision en V termine l'opération proprement dite. Le plus souvent les lèvres sont le siége d'érosions, d'exulcérations, de granulations résultant de frottements ou de phlegmasie, d'engorgement inflammatoire ou simplement hypertrophique.

Avec des cautères à marteau, à olive, à roseau, à tige cylindrique, je cautérise profondément les surfaces pour détruire engorgement, granulations, érosions, jusque dans le conduit cervical. C'est le moyen d'avoir, après guérison, un museau de tanche remis à neuf et débarrassé, par la reproduction d'une nouvelle couche épithéliale, de toute phlegmasie, érosions, granulations, etc. Si la cavité utérine elle-même est le siége de phlegmasie chronique, après avoir exercé le cathétérisme, m'être assuré que je franchis facilement l'ouverture cervicale interne, avec mon cathéter à curseur au rouge cerise, je parcours le canal et arrive dans la cavité utérine. Puis, avec des cautères cylindriques de dimensions variables, je vais cautériser cette cavité à plusieurs reprises. Il arrive souvent que, dans les antéversions comme dans les rétroversions, suites de couches, on trouve l'une des commissures du museau de tanche déchirée. Cette déchirure de vieille date n'est pas étrangère à l'incurvation du col en bec de cornue ou col de cygne par le tiraillement du cul-de-sac du même côté.

Quand cet accident existe, il m'est aisé de le faire disparaître dans le cours de l'opération en cautérisant au rouge cerise, et profondément, l'angle de la déchirure et ses lèvres jusqu'à une certaine étendue du canal cervical. Les lèvres de la déchirure se réunissent à la suite de la chute des escarres et, quand la guérison est terminée, on constate une ouverture régulière du museau de tanche tapissée de son nouvel épithélium. Si l'antéversion

existe sans incurvation du col, l'opération se réduit aux mêmes incisions, mais sans excision en V.

Quand l'antéversion est compliquée de cystocèle, avec laxité des parois vaginales surtout, la complication domine la scène par les accidents auxquels elle donne lieu et devient un obstacle considérable au redressement définitif de l'utérus, quand elle n'est pas un obstacle absolu ou une cause forcée de récidive en cas de réussite.

La rectocèle n'apporte aucun obstacle au redressement et à sa persistance. Mais si, par suite de déchirure du périnée, il y a agrandissement de l'ouverture vulvaire et que cet agrandissement coïncide avec une grande laxité des parois vaginales, ce qui entraîne toujours une cystocèle plus ou moins accentuée et une rectocèle en même temps, alors le redressement de l'utérus, quoiqu'exécutable et obtenu par l'opération, offre des chances plus considérables encore de récidive de l'antéversion. Et si l'antéversion ne récidive pas, la cystocèle, un instant modifiée, finit par arriver au même degré, après un temps plus ou moins long, tandis que la rectocèle a persisté quand même, si elle n'a pas acquis un degré plus prononcé.

Il faut nécessairement dans ces cas, et quand on veut avoir un succès durable en triomphant des complications, arriver, après la guérison de l'antéversion, à l'anaplastie par exérèse antérieure et postérieure (colporrhaphie de Simons) ou au moins à l'anaplastie par exérèse antérieure pour réduire la cystocèle qui est la cause la plus puissante de récidive.

2° Dans la rétroversion.

Le procédé opératoire pour la rétroversion ne diffère

du précédent qu'en ce que les incisions sont pratiquées sur la face opposée du col, la face postérieure, après avoir fortement refoulé en arrière, en haut, avec le spéculum, le cul-de-sac de Douglas.

Quand, avec la rétroversion, il y a abaissement de l'utérus, le procédé opératoire doit être modifié ainsi que nous le décrirons quand nous traiterons de l'abaissement.

Comme l'antéversion et la rétroversion peuvent être obliques, c'est-à-dire en inclinaison à droite ou à gauche, il faut, dans ces cas, opérer dans le sens de l'excurvation, c'est-à-dire à droite, quand le col est porté à gauche et *vice versa*.

Quand l'antéversion est complète, c'est-à-dire que l'utérus est couché horizontalement sur la vessie, le col au niveau ou au-dessus du niveau du globe, il faut, l'opération terminée, placer la malade dans son lit, couchée sur le dos, le bassin relevé. Alors avec l'indicateur et le médius de la main gauche introduits dans le vagin, tandis que la main droite appuie fortement sur l'hypogastre, en arrière du pubis, pour refouler le globe en arrière, il faut faire basculer l'utérus en ramenant le col en avant, manœuvre très-facile.

Pendant quarante-huit heures, on applique sur l'hypogastre un boyau préparé contenant une livre à une livre et demie de glace et séparé de la peau par un linge en quatre doubles, pour produire une réfrigération constante et pour exercer une pression d'avant en arrière. La réfrigération empêche l'explosion du travail phlegmasique consécutif à l'opération, et la pression tend à maintenir l'utérus en place. Au bout de quarante-huit heures, on enlève la glace; on s'assure de la position de l'utérus. S'il est revenu en partie ou en totalité à l'antéversion, on le redresse à nouveau par la même manœuvre et on

pose sur l'hypogastre un sachet contenant quatre à huit livres de plomb de chasse qu'on fixe avec un bandage de corps muni de sous-cuisses. Au bout de dix à quinze jours de position sur le dos, le bassin relevé, alors que les escarres sont détachées et que les plaies suppurantes commencent le travail de réparation, l'utérus, autant par les moyens que nous venons d'indiquer que par sa propriété de contraction rétractile, est et se maintient dans la position normale; et désormais, avec la cicatrisation des plaies, il ne déviera plus.

Pendant vingt jours il est fait des injections de lavage matin et soir, avec de l'eau de son légèrement chlorurée ; puis jusqu'à cicatrisation complète, qui arrive du cinquantième au soixantième jour, suivant les cas, des injections détersives dans lesquelles on fait entrer une cuillerée à café pour un verre d'eau de la mixture suivante :

Alcoolature de myrrhe........	30	grammes
— de quinquina......	30	—
— d'arnica...........	10	—
— de benjoin........	10	—

Mêlez.

Quand l'antéversion ne va pas jusqu'au renversement de l'organe, pas n'est besoin des manœuvres indiquées plus haut. Le dégorgement produit par les incisions, le travail de rétraction cicatricielle suffisent pour ramener, par un mouvement de bascule graduel, l'utérus à sa position normale. Car, si en même temps qu'on pratique des sections musculaires dans le but d'obtenir, après guérison des plaies, une rétraction des tissus dans le sens opposé à la déviation, on fait disparaître les divers points d'engorgements phlegmasique ou simplement hypertrophique ; si l'on détruit complétement la phlegmasie catar-

rhale chronique qui, dans le plus grand nombre des cas, a entraîné la déviation en se propageant aux couches profondes de l'organe et qui, dans la majorité des autres entretient ou aggrave la déviation survenue par d'autres causes, on place l'utérus dans les conditions de suivre ses tendances naturelles, le redressement. Si l'on fait disparaître enfin la déchirure de l'une des commissures, cause première de tiraillement et de déviation ou de son entretien, le redressement s'opère effectivement à mesure que les escarres se détachent, que les tissus se dégorgent par voie de suppuration, que la cicatrice des sections ou plaies musculaires s'achève. Une fois l'utérus redressé, il est maintenu invariablement dans sa rectitude par la rétraction cicatricielle formant un pli tendu comme une corde que l'on constate dans le plancher vaginal sur les points où a porté l'opération. Partout ailleurs sur le museau de tanche, chose singulière, on ne retrouve aucune trace de cicatrice et cette partie de l'organe est reconstituée, comme chez des femmes qui n'ont jamais eu d'enfant dans certains cas, et dans tous les cas avec une surface lisse, unie, rosée, uniforme, par suite de la reproduction du nouvel épithélium de revêtement.

Il m'arrive parfois, quand les symptômes y convient, de soumettre pendant huit à dix jours et plus, les malades à un traitement qui a pour but de dissiper certains accidents : ainsi, quand les malades ont des douleurs passées à l'état aigu par suite de suractivation de phlegmasie chronique ; quand il y a des phlegmasies ovariennes ou des ligaments, je cherche à avoir justice de ces phlegmasies par les applications réfrigérantes, la glace par dessus la pommade mercurielle belladonée, par les vésicatoires, les cautères potentiels mêmes, les purgatifs répétés, les bains, etc., quitte à remettre l'opération à une longue date, si je n'ai pas complétement réussi.

3° Motifs pour opérer les déviations et inflexions.

Si les déviations utérines, anté ou rétroversions, inflexions, abaissements, n'avaient d'autres inconvénients que la position vicieuse de l'organe avec certains troubles des fonctions affectées à l'utérus, il n'y aurait pas nécessité de chercher à obtenir le redressement, la guérison. Il y a, en effet, des femmes qui, avec des troubles pareils, se plaignent peu ou point, se portent généralement bien, et ne réclament pas l'intervention de l'art, soit parce qu'elles ignorent la cause de ces troubles, soit parce que, jouissant d'ailleurs d'une bonne santé, elles les supportent aisément.

Mais quand des femmes atteintes des mêmes déviations ou déplacements sont torturées par des douleurs incessantes, résultant soit de phlegmasie catarrhale avec toutes ses conséquences, que cette phlegmasie ait préexisté et ait été la cause provocatrice des déviations ou déplacements, ou qu'elle soit survenue à la suite des mêmes vices de positions déterminées par des causes toutes différentes, soit d'autres complications qui leur sont subordonnées, le chirurgien doit intervenir et les malades réclament cette intervention active. Quand la santé générale s'altère profondément par suite du retentissement des troubles sur tout l'organisme, quand les malades ne peuvent plus marcher qu'à grand'peine, qu'elles sont obligées de garder le repos au lit ou sur une chaise-longue, et cela pendant des mois, quelquefois des années, à plus forte raison l'intervention est de rigueur. Finalement, quand les malades, jeunes encore, sont vouées à une existence toute de torture, d'ennui, de dégoût ; quand elles se voient impropres à exécuter les fonctions de leur sexe, les travaux de leur intérieur, à

s'adonner aux soins de leur famille, etc., etc.; qu'elles réclament à grands cris, avec persistance, avec l'énergie du désespoir, les secours de la science pour être délivrées des maux qui entraînent une vie si misérable, et qu'elles les réclament en disant qu'elles aimeraient mieux mourir que de vivre ainsi, il est de rigueur d'accéder à leur désir.

Un bon pessaire, choisi parmi les innombrables variétés qu'on a exécutées dans tous pays, peuvent bien les soulager dans quelques cas; mais ils ne rendent guère l'existence plus douce, plus agréable, et ils ne guérissent jamais. Il faut réserver ces puissants auxiliaires aux femmes âgées qui n'ont plus que souci de prolonger leur existence avec le moins possible d'inconvénients.

Quant aux femmes jeunes ou d'âge mûr, qui ont encore la légitime prétention d'être de leur sexe et de leur âge; qui aspirent encore aux douceurs comme à l'exécution des devoirs de la famille; qui, enfin, éprouvent une juste répulsion pour ces engins qui les souillent, les dégoûtent, leur rendent la vie pénible, insupportable même, il faut hardiment les opérer quand elles le réclament avec résolution.

Avant de prendre cette décision, le médecin doit établir franchement le bilan à leurs yeux. Il doit leur faire connaître que leur infirmité n'est pas de celles qui tuent; qu'elle peut ne pas abréger leur existence d'un jour; que l'opération n'est donc pas nécessaire pour sauver cette existence. Il doit faire ressortir les avantages des divers pessaires pour les soulager, tout en maintenant hautement qu'elles n'ont pas de guérison à attendre de ces moyens. Si, après cet exposé franc et net, les malades réclament l'opération, il faut opérer sans crainte, parce que l'opération n'expose à aucun

accident et qu'elle est presqu'invariablement suivie de succès dans les conditions indiquées.

4° Conditions de réussite et de non réussite.

DÉVIATIONS RÉDUCTIBLES ET IRRÉDUCTIBLES.

Nous avons séparé les déviations utérines en deux catégories principales pour bien faire comprendre l'importance du procédé opératoire et juger sainement des résultats qu'il peut fournir.

1° Les déviations utérines avec adhérences solides ou brides qui maintiennent solidement l'utérus dévié ;

2° Les déviations exemptes de cette irrémédiable complication. Celles-ci guérissent dans l'immense majorité des cas par notre méthode.

Dans les premières, le procédé ne peut aboutir à un résultat favorable complet; mais s'il ne peut faire obtenir le redressement de l'utérus, il fait disparaître du moins les principales causes de souffrances, et permet d'obtenir une amélioration telle que les malades récupèrent la plénitude de leur santé, moins certains inconvénients auxquels elles peuvent obvier par une ceinture hypogastrique, dans l'antéversion.

Voici, en effet, les résultats auxquels on arrive par ce procédé : dans une semblable déviation, nécessairement ancienne, le col est fortement infléchi, recourbé en bec de cornue et porte sur le rectum. Il s'élève souvent à une hauteur qui dépasse le niveau du corps incliné et abaissé ; première source de gêne et de douleurs, ce que nous avons fait remarquer déjà ; car les inflexions du col, d'après tous les observateurs, causent les accidents qui tourmentent le plus les malades. Avec cette inflexion du col, existent sur le museau de tanche

des excoriations, des exulcérations, des granulations, etc., qui entretiennent une leucorrhée plus ou moins abondante, d'autant plus abondante qu'il y a phlegmasie catarrhale préexistante ou consécutive.

L'opération fait disparaître tous ces accidents en même temps qu'elle procure la disparition de l'inflexion du col. Voici un exemple fort remarquable de cette espèce.

Obs. II.

Antéversion avec antéflexion du col, adhérences par suite de pelvi-métrite, suite de couches; demi-succès.

Mme V..., faubourg Saint-Honoré, 36 ans, d'une constitution au-dessus de la moyenne, à prédominence lymphatique, nerveuse, a eu cinq enfants dans l'espace d'une dizaine d'années. — Les trois premières couches n'ont rien offert de particulier. — A la quatrième, il fallut terminer l'accouchement par une application de forceps et, à part une hémorrhagie consécutive et abondante, les suites en furent heureuses, quoique la malade eût mis un temps très-long pour récupérer ses forces.

A la cinquième couche, le travail fut long et laborieux, et Mme V..., redoutant une application nouvelle du forceps, qui, d'ailleurs, ne me parut pas absolument nécessaire, le travail fut laissé aux ressources de la nature. Il se termina heureusement après quarante-huit heures de souffrances; un gros garçon vigoureux et bien portant fut mis au monde, cette fois.

Les suites en furent toutes simples, et trois semaines après la malade se levait.

A six mois de là, Mme V... était enceinte pour la sixième fois. A la tête d'un magasin de nouveautés, elle éprouvait de grandes fatigues et se livrait souvent à des exercices que sa situation aurait dû lui interdire. Bref, au troisième mois de sa grossesse, elle fut prise de douleurs que rien ne put arrêter, puis de pertes de sang, et le neuvième jour, elle avortait après des souffrances atroces et prolongées. Avait-elle déjà des brides autour de l'utérus, et ces brides empêchant le développement de l'organe, avaient-elles provoqué cet avortement, ou bien quelque violence extérieure avait-elle déterminé cet accident? c'est ce dont je ne pus me rendre compte. En tous cas, Mme V... eut cette fois des signes non douteux d'endo-métrite qui, malgré tous les soins, la tint clouée pour trois mois dans son lit et fut suivi d'une convalescence longue et pénible.

A partir de ce moment, Mme V..., ne récupéra plus ses forces habituel-

les ; la marche devint difficile, douloureuse, et, dans la station debout, comme dans la marche, elle accusait des douleurs dans les aines. Ses époques étaient précédées de douleurs dans les reins, étaient exagérées autant sous le rapport de la durée que sous celui de la quantité de sang perdu. Avec ces phénomènes, apparurent des troubles nerveux, de la dyspepsie. L'amaigrissement faisait des progrès.

Une sage-femme, de renom qu'elle consulta et qui reconnut une antéversion, la soigna pendant six mois avec des sachets et le reste. Elle lui conseilla définitivement l'adoption de la ceinture hypogastrique à pelotte mobilisable.

Deux ans s'étaient écoulés sans que Mme V... eût éprouvé une amélioration notable ; elle était d'autant plus désespérée, qu'elle ne pouvait plus vaquer à ses affaires, et qu'elle était obligée de garder la chambre la plupart du temps.

C'est alors qu'elle me consulta, à la fin de 1867. Après tous les examens directs et dans toutes les positions, je constatai une antéversion, avec épaississement considérable des parois antérieures du corps et du col, avec inflexion de celui-ci en col de cornue, le museau de tanche remontant au-dessus du niveau du globe utérin abaissé ; une exulcération et de grosses granulations tuberculeuses, une leucorrhée abondante.

Mme V..., étant très-amaigrie et ayant les parois abdominales très-dépressibles, il me fut aisé, après avoir évacué l'urine de la vessie par le cathétérisme, non-seulement de bien sentir la situation du globe utérin, mais de juger de l'impossibilité de le reporter en arrière avec la main droite pressant sur lui, tandis que l'indicateur de la main gauche dans le vagin cherchait à aider à ce mouvement de projection. Ces manœuvres étaient même très-douloureuses. J'acquis ainsi la conviction que le globe utérin était maintenu par des brides.

Avec le même indicateur, je pouvais remonter au museau de tanche et ramener le col en partie à sa direction normale ; sa partie postérieure était plus mince et tendue. Elle offrait une résistance marquée au centre concave, en opposition à la convexité de l'inflexion. Le col redressé par le doigt reprenait immédiatement son inflexion quand on l'abandonnait à lui-même. Je proposai l'opération qui fut acceptée et exécutée le lendemain d'après le procédé que je viens de décrire. La malade fut soumise immédiatement au traitement général, qu'elle suivit exactement pendant trois mois.

Cinquante-cinq jours après l'opération, tout était cicatrisé ; l'inflexion du col et l'épaississement avaient disparu ; la leuchorrée avait cessé complétement, la direction du col était maintenant un peu oblique en arrière, sans porter sur le rectum.

La malade n'éprouvait plus de souffrance, avait récupéré ses forces, et les accidents nerveux, y compris la dyspepsie, avaient disparu. Mme V... pouvait vaquer à ses affaires et marcher sans douleur. Elle éprouvait en

core une gêne à l'hypogastre dans la station debout. Je luis fis alors appliquer la ceinture hypogastrique avec pelotte mobile; je lui montrai la direction oblique en arrière à donner à la pelotte pour maintenir refoulé, autant que possible, le globe utérin. Grâce à cette précaution, prise durant quatre ans, elle n'a plus éprouvé d'incommodité. Aujourd'hui elle ne porte plus sa ceinture et elle n'éprouve plus d'accidents.

On voit que le résultat obtenu immédiatement par l'opération a consisté dans la cessation de tous les accidents déterminés par l'inflexion du col, et que la santé générale a été immédiatement rétablie. Si le corps de l'utérus n'a pu être redressé à cause des adhérences, la ceinture hypogastrique a remédié aux légers inconvénients de sa déviation, et la malade a pu se passer de l'emploi de cette ceinture au bout de quatre ans, sans s'en trouver incommodée.

Obs. III.

ANTÉFLEXION ANCIENNE; OPÉRATION; GUÉRISON RADICALE. GROSSESSE ULTÉRIEURE.

Dans le courant de mars 1873. la femme d'un riche propriétaire du département du Pas-de-Calais m'écrivait pour me demander un avis sur sa position.

Après un avortement à deux mois, me disait-elle, fait à Paris, sans douleur préalable, à la suite d'une longue promenade à pied, elle avait eu une métrorrhagie, de trois semaines à un mois de durée.

Le médecin de sa famille, qui habite Paris, lui avait donné des soins pendant deux mois, durant lesquels elle avait gardé un repos absolu. Les douleurs s'étant amendées au bout de ce laps de temps, elle avait pu rentrer chez elle, conservant une leuchorrhée abondante. Après son arrivée, elle ne tarda pas à se convaincre que la marche, même peu prolongée, donnait de l'acuité aux douleurs qu'elle ressentait toujours sourdement dans le bassin. Le médecin de Paris lui prescrivit à nouveau le repos absolu, des injections émollientes. La première menstruation avait été précédée, malgré le repos, de douleurs très-vives, de trente-six à quarante heures de durée. Elle se prolongea neuf à dix jours, il y eut une perte considérable de sang. A partir de ce moment, chaque époque menstruelle fut douloureuse et presque avec la même durée et la même abondance.

Il y avait quinze mois environ que Mme X... était soumise au repos absolu, ne se permettant que de loin en loin quelques petites marches. Quand ces marches avaient lieu avant les époques, les douleurs devenaient plus intenses. La leuchorrhée persistait toujours plus ou moins abondante dans l'intervalle des règles. Cette dame, toute jeune encore, mariée à 17 ans, ayant eu une première couche heureuse qui lui avait donné une fille à 19 ans, ne pouvait se contenter d'une existence pareille. Tous les soins donnés jusqu'alors n'ayant pu améliorer sa position, elle se voyait réduite à passer sa vie dans son lit ou sur une chaise longue. Elle s'étiolait, perdait ses forces et était sous l'influence d'une démoralisation complète.

Elle eut alors recours aux lumières d'une célébrité médicale de Lille qu'elle appela auprès d'elle.

Après trois mois de nouveaux soins prescrits par ce savant confrère, sans plus de succès, elle nous demandait un conseil, pensant que ses indications pouvaient nous suffire et croyant ne pas pouvoir entreprendre, sans danger, le court voyage de Paris. Comme nous ne pouvions absolument rien dire sans l'avoir examinée, elle prit la résolution de venir à Paris, d'y séjourner pour recevoir nos soins et subir même une opération dont elle avait entendu parler par une de ses amies que j'avais guérie.

Le 30 mars 1873, Mme X... arrivait à Paris avec son mari et descendait dans la maison tenue par Mme C..., rue Notre-Dame-des-Champs. Après deux jours de repos, je pus procéder à une exploration complète.

Voici le résultat de l'examen : Mme X... est une belle personne, de taille au-dessus de la moyenne, chatain-clair et douée d'un certain embonpoint. Elle éprouve de fréquentes palpitations; elle est devenue très-impressionnable, irritable, et se sent profondément débilitée malgré son apparence de santé. Elle a perdu l'appétit et ses digestions sont pénibles, accompagnées de ballonnement du ventre avec oppression, que des éructations fréquentes semblent soulager. Les nuits sont agitées, peu de sommeil. Elle est constipée, surtout depuis l'origine de la maladie; et quand elle marche un peu ou seulement en se mettant debout, il y a une sensation de pesanteur sur le coccyx et des envies plus fréquentes d'uriner. Quand elle est dans la position horizontale, ces deux phénomènes disparaissent. Elle accuse une sensibilité accentuée dans les deux fosses iliaques, surtout dans celle de gauche. A l'approche de ses règles, les douleurs qu'elle éprouve à la région sacro-coxigienne s'exaspèrent pendant plus de vingt-quatre heures, à tel point qu'il y a des contractions intermittentes comme dans les douleurs du travail d'enfantement. Elle a souvent des névralgies intercurrentes, soit à la poitrine soit à la tête.

Je l'examine dans la station debout, l'indicateur introduit dans le vagin jusqu'à la cloison vaginale.

Le globe utérin est à peu près à sa position normale, inclinant un peu en avant, à gauche; le col présente une convexité antérieure très-marquée à sa partie moyenne; il est fortement incurvé, fléchi en arrière. Toute sa

partie antérieure, ainsi que celle du globe utérin, sont manifestement augmentées de volume, engorgées.

Le museau de tanche est exactement appliqué sur le rectum; sa lèvre antérieure offre au toucher la même intumescence, tandis que la lèvre postérieure semble perdue, retirée qu'elle est au-dessous et en arrière du niveau de la lèvre antérieure. La partie postérieure du col, jusqu'au cul-de-sac, paraît amincie relativement et présente, à 2 centimètres environ au-dessus du museau de tanche, un pli rentrant ou dépression transverse qui correspond à la courbe antérieure; en outre, le doigt sent quelques granulations sur la lèvre antérieure épaissie.

Dans le décubitus horizontal sur le dos, j'obtiens le même résultat avec l'exploration directe. L'examen au spéculum, directement introduit, laisse voir tout d'abord la face convexe du col incurvé. Il faut faire manœuvrer le spéculum de Fergusson en tournant de droite à gauche pour arriver à mettre à découvert la lèvre antérieure; puis, par un mouvement de pression postérieure, et un peu de haut en bas avec rotation à gauche, tout le museau de tanche s'engage dans le spéculum. La lèvre antérieure, siége d'une érosion, qui existe moins marquée à la lèvre postérieure, présente un volume double de la postérieure, avec une saillie qui se poursuit jusque dans l'ouverture du conduit, en formant relief, comme s'il s'agissait d'un corps fibreux qui aboutit à l'orifice. La surface des deux lèvres est comme tomenteuse, granulée.

Je propose à Mme X... l'opération en lui expliquant la manière dont elle doit être pratiquée. Elle l'accepte hardiment, mais le mari craint des accidents, veut consulter sa famille et celle de sa femme avant de se décider.

Mme X... doit avoir ses règles dans quelques jours : j'attendrai, pour opérer, que les règles soient passées, et avec d'autant plus de raison que je veux, pendant l'écoulement menstruel, profiter de la dilatation du col pour explorer la cavité et m'assurer s'il y a un corps fibreux interstitiel, ce que je n'ai pu faire séance tenante à cause de la fermeture de l'ouverture.

Voici le traitement prescrit à la malade jusqu'au moment de l'opération : sirop anti-scorbutique et d'écorces d'oranges amères par parties égales, deux cuillerées par jour dans deux tasses de tisane de fleurs de pensée sauvage; une cuillerée de phosphate de fer (solution de Leras) dans la même tisane; vésicatoire ovale de deux pouces et demi de diamètre appliqué à la fosse iliaque gauche où la pression réveille vivement la douleur. Glace sur le bas-ventre nuit et jour; injections à la décoction de racines de guimauve et de tête de pavot; prendre deux ou trois matins de suite une cuillerée à café d'huile de ricin, puis se reposer un jour ou deux et reprendre ensuite.

Le 10 avril, les règles étaient passées, les douleurs initiales avaient été beaucoup moins prononcées et la perte de sang moins abondante avec une durée de sept jours. Au moment opportun, j'avais pu introduire l'indica-

teur dans la cavité du col et m'assurer qu'il n'y avait aucun corps fibreux, et que la saillie que j'avais notée n'était que le résultat d'une augmentation en épaisseur de la lèvre antérieure, faisant saillie dans la cavité, tandis que la lèvre postérieure, amincie, semblait excavée pour la recevoir.

Le moment d'opérer étant venu, le mari de Mme X..., dissuadé probablement par la famille et peut-être bien par le médecin de la famille qui ne comprenait pas bien l'opération, refusait. La malade devint plus pressante, plus résolue; elle insista auprès de son mari qui me demanda fiévreusement si je répondais qu'il n'y aurait pas d'accidents compromettants. Sur mon affirmation, il consentit, mais comme un homme qui cède parce qu'il y est contraint.

Le 12 avril, assisté du docteur Dalpiaz et d'une religieuse, je procède à l'opération. La malade convenablement placée, le spéculum Fergusson directement introduit, la courbure antérieure du col se présente de suite. En tournant l'instrument de droite à gauche comme dans les manœuvres exploratrices, une partie de la lèvre antérieure s'engage obliquement dans le champ du spéculum; l'ouverture du museau de tanche reste dissimulée en arrière.

Avec des ténotomes incandescents au rouge-cerise, je pratique de suite sur la convexité du col trois incisions transversales, l'une sur la partie moyenne la plus saillante, une autre au-dessus, à la jonction du globe, et une au-dessous, à un centimètre de distance de la première.

Avec un hystérotome, mousse à la pointe, à courbe gauche sur plat, je pratique premièrement une incision verticale en ellipse, et, avec un autre à courbe droite sur plat, je pratique à gauche une semblable incision. Les deux incisions réunies à leurs extrémités supérieure et inférieure sont progressivement écartées de manière à laisser un intervalle de cinq millimètres à la partie centrale.

Avec un ténotome spatule rougi à blanc et agissant de bas en haut, je détache un lambeau superficiel comprenant presque tout l'espace entre les deux incisions verticales, et, enfin, avec un ténotome forme truelle, au rouge-brun, j'arrête l'écoulement de sang et achève l'escarrification sur cette bande elliptique.

Le museau de tanche ramené alors dans le champ du spéculum et se trouvant dirigé en avant, avec un fort ténotome acéré en demi-lune je taille, comme par un coup d'emporte-pièce, un petit lambeau de la face antérieure, inférieure, de la lèvre antérieure, lambeau convexe en haut et en arrière, concave en bas et en avant.

Un marteau plat au rouge-brun est appliqué ensuite sur cette surface saignante. Un fer demi-olive, c'est-à-dire une moitié d'olive, un côté plat et l'autre olivaire, le côté olive regardant la face interne de la lèvre antérieure du museau de tanche, est porté dans l'ouverture cervicale à 3 centimètres de profondeur, de façon que la partie convexe détruise la saillie de la lèvre, le relief en dedans. Un ténotome finement lancéolaire, au

rouge-brun, est porté ensuite sur les mêmes parties, pour l'hémostase et l'escarrification.

On a remarqué qu'après l'action des couteaux au rouge-blanc, j'ai toujours fait succéder les couteaux au rouge-brun pour achever d'escarrifier et et arrêter le léger écoulement du sang.

Enfin, avec un large marteau plat, au rouge-brun, d'un seul coup je cautérise toute la surface du museau de tanche (lèvres antérieure et postérieure), sur lesquelles existe une érosion à surface tomenteuse, granulée.

Durant toute l'opération, la malade n'a pas poussé la moindre plainte et elle annonce qu'elle n'a presque pas souffert, que l'appareil est plus effrayant que douloureux. Il est vrai que chaque fois j'avais soin d'éteindre la chaleur par des tampons imbibés d'eau froide.

Le traitement général est continué : glace sur le bas-ventre constamment pendant trois jours ; un linge imbibé d'huile est appliqué sur le col : la malade pourra le retirer trois ou quatre heure après, par le bout qui fait saillie à la vulve.

Injections matin et soir à l'eau de son ; pendant dix jours, repos absolu, alimentation à volonté.

Le 23 avril, premier examen, premier pansement. Mme X..... n'a éprouvé aucune douleur à la suite de l'opération ; pas de fièvre. Je fais moi-même une injection de lavage avec de l'eau de son, puis j'ajoute à une demi-tasse de la même décoction une cuillerée à café de la mixture suivante : alcoolature de quinquina 10, alcoolature de lavande 10, alcoolature de myrrhe 15. Avec des bourdonnets de charpie trempés dans la décoction ainsi préparée, j'éponge et j'absterge les plaies, puis une toute petite injection est faite avec le même liquide. C'est là le pansement que je ferai tous les jours à travers le spéculum jusqu'à cicatrisation complète. Aucun incident ne surgit durant tout ce traitement.

La première menstruation survenue après l'opération, le 8 mai, n'est précédée d'aucune douleur utérine ; la perte de sang est encore abondante pendant trois jours, puis diminue graduellement les quatre jours suivants et se termine le huitième jour.

Le trente-deuxième jour après l'opération, le 13 mai, Mme X..... se lève plusieurs heures dans la journée.

Le trente-sixième jour elle va s'asseoir au jardin du Luxembourg ; elle commence à pouvoir marcher sans douleur.

Le quarante-sixième jour, elle fait des courses dans Paris en voiture. Les secousses de la voiture sont moins bien supportées que la marche. Les forces sont revenues comme à l'état de santé, et tous les troubles organiques ont disparu ; la cicatrisation n'est pas encore complète.

Au cinquantième jour, le mari a ramené sa fille auprès de sa mère ; alors on court en voiture et à pieds, on fait de longues courses dans Paris sans éprouver la moindre gêne, ni la moindre douleur. L'examen direct dans toutes les positions nous permet de constater le parfait redressement du

col par suite de rétraction cicatricielle, et la disparition de tout engorgement.

La santé est florissante. Mme X...... n'attend plus qu'une épreuve pour quitter Paris avec son mari et sa fille, c'est la deuxième époque.

Cette dernière époque a lieu le 3 juin, sans douleur; le sang peu abondant ne coule que trois jours pour disparaître le quatrième. Mme X...... a fait des courses durant tout ce temps, sans éprouver le moindre inconvénient.

Le 6, elle vient me remercier avec son mari, prendre congé pour retourner à son château.

Le traitement général a toujours été et devra être continué un mois encore.

Nous avons su, treize mois après, par sa cousine, sujet de l'observation V, que la guérison définitive se maintenait. Depuis lors, nous avons appris que Mme X... a eu un second enfant.

Obs. IV.

ANTÉVERSION. — OPÉRATION. — GUÉRISON.

Dans le courant de mars 1869, la baronne de X..., cousine de la précédente malade, âgée de 30 ans, mariée depuis six ans, sans enfant, obèse, dysménorrhéique avec tous les accidents inhérents, venait me consulter. Après constatation d'une antéversion, sans autre complication, je pratiquai l'opération le lendemain, sur la demande de la malade.

Deux mois après, la baronne de X... était guérie. Sa guérison s'était si bien maintenue en 1873, qu'elle conseillait à sa parente de s'adresser à moi.

On voit, d'après la relation de la précédente observation, que cette parente n'a eu qu'à se féliciter du conseil qui lui avait été donné.

J'ai revu la baronne de X..., en 1875; sa guérison persiste toujours, à sa grande satisfaction.

Obs. V.

ANTÉFLEXION DU COL, AVEC ANTÉVERSION. — GUÉRISON.

Voici une jeune dame de 23 ans, femme d'un magistrat, qui m'a été adressée par sa cousine, sujet de la troisième observation. Cette dernière, si contente du résultat de l'opération que je lui avais pratiquée quinze mois avant, a engagé sa cousine à se confier à mes soins, puisque tous ceux qu'elle avait reçus jusqu'alors n'avaient pu améliorer sa position.

Mme X...... arrive avec son mari le 12 mai 1874. C'est une femme de taille moyenne, blonde, lymphatique. Mariée à 18 ou 19 ans, elle a eu une couche un an après. Cette couche, à son dire, a été laborieuse. Elle a été assez longtemps à s'en remettre, et, depuis cette époque, elle n'a plus récu-

péré sa santé florissante d'autrefois. Depuis près de deux ans, s'il faut l'en croire, et même après ses premières sorties à la suite de ses couches, elle aurait commencé à éprouver des douleurs dans les aines et dans la fosse illiaque gauche. A chaque époque menstruelle, avec l'exacerbation de ces dernières, apparaissaient des douleurs de reins de plus ou moins longue durée, puis le sang coulait abondamment, et l'écoulement ne durait jamais moins de huit jours; de sorte qu'avec un pareil état, elle a été s'affaiblissant graduellement, et, par suite du trouble des fonctions digestives, elle était arrivée à un certain état d'amaigrissement. Les jambes avaient peu de force; la marche n'était que pénible et ne pouvait se prolonger. Il était survenu des palpitations et des troubles nerveux tellement considérables que cette malade m'a affirmé qu'elle avait craint de devenir folle.

État actuel : moral affecté, surexcitation nerveuse poussée quelquefois jusqu'à de vraies attaques de nerfs. Appétit capricieux, bizarre, généralement diminué ; pesanteur à la barre de l'estomac et ballonnement une à deux heures après le repas. Sommeil interrompu, peu réparateur ; bruit de souffle carotidien et au premier temps; fatigue incessante, augmentant après le repas et donnant lien à un pesant sommeil; névralgie intércostale gauche du septième espace, apparaissant fréquemment et irrégulièrement, et disparaissant de même.

Les douleurs aux aines sont sourdes, mais persistantes. La pression sur la fosse iliaque gauche détermine une sensation douloureuse. Il y a de la leucorrhée, plus abondante quelques jours avant et quelques jours après l'époque menstruelle. Tous les traitements institués jusqu'ici n'ont pu en faire justice. Il y a constipation permanente. Il faut employer les lavements tous les jours.

La voiture est mal supportée et détermine des douleurs par les secousses ; la marche n'est possible qu'un court espace de temps parce qu'elle renouvelle les souffrances et que la jeune malade est de suite fatiguée. Il y a essoufflement à l'ascension.

Examen direct, exploration dans la station debout : Le col, volumineux, est dur sur sa partie antérieure où il offre une courbure ; il s'infléchit en arrière de façon que le museau de tanche, appliqué sur le rectum, a son ouverture tournée tout à fait en haut ; la lèvre postérieure, moins saillante, est relativement en dépression ; la lèvre antérieure, proéminente, est tuméfiée. A la commissure droite est un reste de déchirure. En cherchant à redresser le col avec le doigt passé entre lui et le rectum, je sens, sur sa face postérieure, une dépression avec tension, comme une bride, et correspondant à la courbure antérieure. Cette face paraît amincie eu égard à l'engorgement de la face antérieure. Pas de matières accumulées dans le rectum ; le globe utérin, autant que je peux en juger par cette exploration, est sensiblement dévié. Il se porte en avant, à gauche, et paraît plus volumineux qu'à l'état normal.

Exploration dans la position horizontale sur le dos. L'antéflexion persiste sans variation, c'est la convexité du col qui se présente directement au doigt ; les rapports sont les mêmes. Une main posée dans la fosse iliaque gauche, en se rapprochant du pubis, perçoit profondément sous la symphise, et dépassant un peu à gauche, le globe utérin qu'elle fait mouvoir et dont le doigt introduit dans le vagin perçoit les oscillations. Un doigt introduit dans le fondement et un autre dans le vagin font mouvoir le col antéfléchi et la sensation s'en communique au doigt du rectum ; ce doigt remontant plus haut sent fuir le globe utérin en avant et un peu à gauche.

Examen au spéculum de Fergusson : Le spéculum directement introduit, il se présente au champ de l'instrument une surface rouge, bombée, incurvée en avant sans trace d'orifice ; c'est la partie convexe du col. En tournant le spéculum, le bec dirigé directement sous le pubis et pressant fortement en arrière, je fais arriver après divers mouvements de rotation, de droite à gauche et de gauche à droite, la lèvre antérieure dans le champ du spéculum, la lèvre postérieure restant cachée en arrière, en bas. Avec une pression plus forte en haut et d'avant en arrière, tout le museau de tanche se présente directement. La lèvre antérieure proémine d'un centimètre sur la lèvre postérieure ; une érosion considérable envahit les deux lèvres. L'ouverture externe est transversale et se prolonge à droite par un reste de déchirure de la commissure de ce côté. Nombreuses granulations sur la lèvre antérieure, moins sur la postérieure dont la commissure droite est mamelonnée et forme bourrelet.

Le mari, qui assiste à tous les examens, à qui j'ai expliqué l'antéflexion, constate lui-même, *de visu*, les désordres du col, apparents au champ du spéculum.

Je propose alors pour la cure radicale mon procédé opératoire, le même employé chez Mme ..., sa cousine.

Mme X..., intimidée, peu énergique, refuse. Je lui fais observer que sa maladie n'est pas mortelle, qu'elle peut arriver à la vieillesse avec cette affection. Je ne veux point la pousser à accepter l'opération. Son mari, au contraire, insiste pour qu'elle se fasse opérer après s'être fait assurer par moi qu'il n'y a, pour la malade, aucun danger à courir.

La décision du mari commence à ébranler la femme ; j'ai expliqué l'opération à faire, montré les instruments. J'ai assuré que l'appareil est plus effrayant que l'opération n'est douloureuse.

Cette opération est plus facile à pratiquer dans le cabinet du médecin à cause du fauteuil *ad hoc*, des ressources et des appareils qui sont sous la main ; en raison des aides-femmes habituées à ces opérations. Le mari présent, pas n'est besoin d'un confrère comme aide, ce qui est moins pénible pour la malade. En un mot, après que le mari a obtenu le consentement de sa femme, je propose d'opérer dans mon cabinet, séance tenante. Cette opération nécessitera probablement deux temps, à quelques jours d'intervalle.

Sans désemparer, le spéculum restant en place avec la présentation directe du museau de tanche, et tous les instruments étant chauffés, le mari, à qui j'ai indiqué par numéro chaque instrument, pendant que l'aide-femme les entretient incandescents, me présente un cautère à marteau large qui, dès la première application, détruit l'érosion et les granulations. La chaleur éteinte, le col est ramené dans sa position vicieuse habituelle, la partie antérieure convexe au champ du spéculum, mais de façon que la naissance de la lèvre antérieure apparaisse encore un peu en bas, en arrière et légèrement à droite.

Alors avec divers cystotomes courbes je fais trois incisions transverses et deux incisions semi-elliptiques de haut en bas, plus profondes que les transverses et se joignant à leur extrémité pour laisser dans l'intervalle un étroit ovoïde.

Cet ovoïde est ensuite enlevé par escarrification de bas en haut, au moyen de ténotomes lancéolaire ou à spatule et à truelle.

Jusque-là, la malade n'a pas ressenti de souffrance notable ; elle n'a pas poussé une plainte. Les incisions et excisions ont porté sur toute l'étendue de la partie antérieure du col, de haut en bas, plus profondément conduites à la partie moyenne, la plus saillante par l'incurvation.

Je termine cette partie du manuel opératoire en faisant revenir directement en avant le museau de tanche dont la lèvre antérieure reste proéminente, et, avec un ténotome semi-lunaire, à tranchant oblique postérieur, j'emporte un lambeau ungual dont le sommet est à la réunion inférieure des sections longitudinales semi-elliptiques. Avec un petit marteau au rouge-brun, je cautérise la surface saignante.

Après extinction de la chaleur et après abstersion, un tampon de linge imbibé d'huile d'olive est laissé en contact avec les parties brûlées. La malade ne devra le retirer que quatre heures après.

Mme X... a pris pied à terre au Grand-Hôtel. Après quelques instants de repos, elle rentre à l'hôtel où le repos absolu au lit lui est prescrit, pendant trois jours. La deuxième séance est remise à huitaine, et la malade elle-même demande à venir la subir dans mon cabinet. Glace sur le bas-ventre, nuit et jour, pendant quarante-huit heures, injections de lavage à l'eau de son trois fois par jour; sirop de gentiane et huile de foie de morue par parties égales, deux cuillerées par jour ; phosphate de fer de Leras (solution), une cuillerée à dessert dans une tasse de fleurs de pensée sauvage, une heure avant le déjeuner et le dîner, tels sont, avec le régime bien réglé, le traitement interne et les soins locaux prescrits. Huit ténotomes incandescents ont été employés. Dix grammes d'huile de ricin tous les matins doivent triompher de la constipation.

Huit jours après, la malade et son mari reviennent pour la seconde séance où il s'agit de compléter ce qui aurait pu échapper à la première. C'est encore le mari qui me présente les instruments et donne du courage à sa femme.

Dans cette séance, une cautérisation profonde est faite sur la dechirure de la commissure droite et en dedans pour qu'à la chute des eschares la réunion puisse s'opérer. Je produis, avec un cystotome forme truelle, une nouvelle eschare sur la section ellipsoïde du col, pour la rendre plus profonde ; puis avec le cautère olivaire, je brûle l'ouverture cervicale jusqu'à une profondeur d'un centimètre et demi, et avec une tige en roseau de toute petite dimension, je vais détruire dans toute l'étendue du canal les granulations et raviver les surfaces entachées de phlegmasie chronique. Cette fois les douleurs ont été plus vives et se sont fait ressentir dans tout le petit bassin : même pausement que la première fois. La malade reconduite à l'hôtel se met au lit et conserve de la glace sur le bas-ventre, pendant quarante-huit heures. Le cinquième jour, elle retourne avec son mari dans son pays pour revenir, quinze jours après, se soumettre aux pansements réguliers, après la chute des eschares. Depuis la première séance, la malade a pris, suivant mes conseils, une cuillerée à café d'huile de ricin tous les matins ; elle évacue assez librement.

Mme X.... revient le 3 juin, avec sa mère cette fois, et s'installe dans la maison de Mme C..., rue Notre-Dame-des-Champs, dans le même appartement occupé par sa cousine Mme ..., opérée quatorze mois avant. Elle n'a éprouvé ni douleur, ni accident. La première menstruation a été aussi abondante que précédemment, ainsi que je l'en avais prévenue, mais elle a éprouvé à peine quelques petites douleurs de reins la veille de son époque. L'appétit est revenu et les fonctions digestives s'exécutent bien ; la marche est facile et les palpitations sont rares ; plus d'essoufflement à l'ascension. Les troubles nerveux sont amendés ; avec l'espoir, la gaieté est revenue.

Le 8 juin, je commence les pansements quotidiens jusqu'à guérison complète.

L'examen au spéculum nous laisse voir toutes les plaies produites par la chute des eschares ; elles sont rouges et bourgeonnantes. Une sœur de charité, attachée à la malade, et la mère de celle-ci peuvent se rendre un compte exact des plaies et de ce qui va s'en suivre.

Le pansement consiste à faire une injection de lavage avec de l'eau de son dans laquelle je mets, pour un quart de litre, une cuillerée à café de la mixture suivante :

Alcoolature de quinquina.	30	grammes.
Alcoolature d'arnica	10	—
Alcoolature de myrrhe	30	—

Mêlez ensemble.

Après l'injection de lavage, des tampons de charpie, imbibés dans un mélange par parties égales de cette mixture avec l'eau de son, sont successivement appliqués au moyen de longues pinces sur les diverses plaies de

façon à les déterger, puis tout est bien abstergé avec des bourdonnets de charpie sèche.

Dès le 20 juin, Mme X.... commence à se promener à pied, plusieurs heures par jour.

Le 1er juillet, elle peut aller faire quelques courses en voiture sans éprouver le moindre inconvénient.

Le 10 juillet, la cicatrisation est achevée Dans la position debout, je constate la direction perpendiculaire du col. Dans le décubitus dorsal, la direction ne change pas ; le globe utérin occupe sa place sans la moindre déviation à gauche. Mme X.... a subi la seconde menstruation sans douleur préalable, sans incommodité. Le sang a coulé trois jours et s'est arrêté le quatrième. La quantité de sang perdu a été deux fois moindre que dans les précédentes époques ; les douleurs inguinales ont, depuis plus de vingt jours, complétement disparu, ainsi que la douleur dans la fosse iliaque gauche.

A l'examen au spéculum, le col s'engage directement dans l'instrument, et nous pouvons constater, la sœur garde-malade et moi, qu'il est réduit à un petit volume ; que les deux lèvres sont à peu près égales et que l'orifice, autrefois très-étendu transversalement, est aujourd'hui finement en arc de cercle, l'ouverture externe n'ayant pas plus de la moitié d'un petit pois ; toutes les surfaces sont rosées et lisses.

La guérison est radicale.

Obs. VI.

RÉTROFLEXION AVEC ENGORGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL RECOURBÉ EN COL DE CORNUE, DE HUIT A DIX ANS DE DATE — ABSENCE DE GROSSESSE DEPUIS 11 ANS, DATE DU 1er ACCOUCHEMENT ; OPÉRATION, GUÉRISON RADICALE — GROSSESSE TROIS ANS APRÈS L'OPÉRATION.

Mme D....., commerçante rue de Lévis, à Batignolles, 36 ans. Primitivement bien constituée ; a eu un enfant un an après son mariage. Couches naturelles ; levée le quatrième jour. Depuis 9 à 10 ans, gêne et douleur dans les aines ; ménorrhagie avec douleurs dans les reins, allant toujours croissant depuis cette époque ; arrivée à un amaigrissement accentué et l'amaigrissement se poursuivant par suite de dyspepsie et de perte d'appétit ; névralgies intercostales et corono-pariétales fréquentes ; palpitations à la marche, à la moindre fatigue ; constipation prononcée.

A l'examen direct, constatation de rétroflexion, le col incurvé en avant en haut, avec augmentation de volume dans sa partie postérieure et toute la lèvre du même côté qui dépasse et masque la lèvre antérieure ; érosion et granulations miliaires s'étendant dans l'ouverture cervicale externe.

Opération le 16 octobre 1871.

Trois mois après, santé redevenue florissante avec retour de menstruation

régulière et normale. Devenue enceinte le 16 octobre 1875; constatation d'une grossesse de quatre mois à quatre mois et demi, après onze ans passés de stérilité : la grossesse a suivi son évolution normale.

Obs. VII.

ANTÉVERSION AVEC ENGORGEMENT PLASMATIQUE DU COL ET DU GLOBE SUR LA FACE ANTÉRIEURE, OPÉRATION, GUÉRISON.

Mme S..., 39 ans, Grande-Rue, à Boulogne-sur-Seine, très-bonne constitution, éprouve depuis 4 ans des accidents dont elles ne se rend pas bien compte et qui ont été méconnus, quant à leurs source, par plusieurs confrères. Envies fréquentes d'uriner dans le jour, pas dans la nuit; menstruation irrégulière, toujours pénible, douleur habituelle à l'hypogastre et dans les aines dans la station debout et surtout à la marche, qui est pénible, fatigante. Ces douleurs augmentent aux époques; état nerveux exagéré; névropathies fréquentes, surtout du côté de la tête; troubles des fonctions digestives caractérisés par une barre à l'estomac, des éructations, le ballonnement du ventre; constipation opiniâtre. Cette malade a été soumise, à trois reprises différentes, à des traitements prolongés, au repos prolongé jusqu'à l'étiolation, sans éprouver la moindre amélioration. Appelé en 1869 auprès de la malade, je constate une antéversion réductible; toute la face antérieure de l'utérus (col et corps) est considérablement engorgée, sensible au toucher; phlegmasie catarrhale chronique de la cavité cervicale dont l'orifice externe est couvert de granulations; leucorrhée abondante; traitement général et local pendant un mois, opération ensuite le 30 septembre 1869. Guérison radicale qui ne s'est pas démentie depuis.

Dans un seul cas, parmi les nombreuses opérations pratiquées, j'ai eu un accident, que j'ai hâte de signaler, accident auquel j'ai paré; et c'est pour que chacun puisse y parer aisément que j'en donne de suite la relation sommaire.

Obs. VIII.

ANTÉVERSION; OPÉRATION; SEPTICÉMIE; GUÉRISON.

Le 15 novembre 1874, j'opérai d'une antéversion, avec épaississement considérable de la partie antérieure du corps et du col de l'utérus, avec volumineuses granulations mamelonnées du museau de tanche, Mme G..., 234, rue de Rivoli, âgée de 30 ans.

Cette dame a un embonpoint considérable, elle a eu trois enfants, et sa dernière grossesse remonte à cinq ans. Dans le cours de l'opération, à propos de l'incision transversale moyenne, le couteau rougi à blanc porta profondément et sur toute la surface antérieure du col. Une petite hémorrhagie s'en suivit que je réprimai immédiatement par l'application de deux couteaux au rouge brun, puis l'opération fut achevée. Dans les premières quarante-huit heures, la malade, qui avait sur le bas-ventre des sachets pleins de glace, n'éprouva aucune douleur ni aucun trouble. Seulement, elle perdait un peu de sang, et les matières qui sortaient à la suite des injections présentaient une grande fétidité à la fin du deuxième jour. Il n'y avait eu jusque-là ni fièvre, ni trouble d'aucune sorte, et la malade avait mangé avec bon appétit. Dans la nuit du 17 au 18, elle avait eu un léger frisson suivi d'une fièvre assez intense qui avait disparu à neuf heures du matin, au moment de ma visite. La langue était saburrale et il était survenu de l'inappétence. Il s'écoulait toujours un peu de sang avec les liquides fétides : tartre stibié, 0,15; eau distillée, 120 ; une cuillerée de demi-heure en demi-heure jusqu'à vomissement ou trois garde-robes. Sulfate de quinine 0,30 et 0,30 pour le lendemain matin; injections à l'eau de son avec chlorure d'oxide de sodium.

Le 19 au matin, je reçois une lettre dans laquelle on me dit que Mme G... a eu dans la nuit un frisson de deux heures de durée, et que la fièvre chaude persiste, violente.

Le léger écoulement de sang me fait croire que des vaisseaux sont restés béants, et que ce second frisson n'est que l'indice d'une septicémie commençante, due à la reprise des liquides infects par les vaisseaux restés ouverts, malgré les injections désinfectantes répétées. J'emporte avec moi trois couteaux de diverses formes pour cautériser, s'il y a lieu, les surfaces saignantes. A mon arrivée, après avoir constaté 39, 3/10 au thermomètre, 120 pulsations à la radiale, j'introduis immédiatement le spéculum. Après deux demi-rotations en sens contraire de l'instrument, je finis par découvrir sur l'extrémité droite de l'incision transversale, moyenne, une portion de 3 à 4 millimètres de cette incision qui avait échappé à l'escarrification par les couteaux au rouge brun. C'était évidemment le point de départ de l'absorption des liquides septiques. Mes trois couteaux étant portés au rouge brun, j'éteins immédiatement l'hémorrhagie en faisant la cautérisation des surfaces.

Je prescris 0,50 de sulfate de quinine pour l'après-midi et autant pour deux heures du matin; les injections seront continuées; il n'y a absolument aucune douleur dans le bas-ventre depuis l'opération, la glace est continuée.

Le 20, la fièvre ne s'est pas reproduite ; 20 grammes d'huile de ricin.

Le 21, la malade va très-bien, le pouls est à 72, le thermomètre à 37, 4/10, l'appétit est revenu. Depuis ce moment, Mme G... va toujours très-bien, peut aujourd'hui s'occuper de son magasin où elle reste au comptoir. Tout

se passe régulièrement, et j'aurai à donner plus tard le résultat ultime de son opération dont les suites suivent actuellement les phases habituelles. Voilà le premier accident qui a surgi à travers les nombreuses opérations que j'ai pratiquées. Cet accident a été dû : 1° à ce que des vaisseaux sanguins sont restés ouverts dans un recoin d'incision ; 2° à ce que les liquides d'élimination ont acquis une grande fétidité en raison du séjour dans le vagin, et cela à cause de la constitution de la malade, et malgré les injections de lavage. L'absorption de ces liquides a été cause d'un commencement de septicémie dont les signes ne nous ont pas échappé, et on voit que nous avons paré à cet accident en supprimant la source de résorption septicémique, et en combattant par le tartre stibié et le sulfate de quinine ce commencement d'empoisonnement.

C'est cette méthode de traitement qui nous a toujours le mieux réussi dans le traitement des accidents septicémiques, en toute autre circonstance. En effet, supprimer, si c'est possible, la fétidité sur place; supprimer les voies directes de transport des liquides septiques dans la circulation, puis combattre par les évacuants et le sulfate de quinine à haute dose l'intoxication commencée, est de la dernière logique. Sans plaie ouverte, sans orifices béants de vaisseaux sanguins ou lymphatiques, la septicémie est à peu près impossible dans ces régions La première et principale condition est donc, dans cette opération, de ne laisser aucun vaisseau ouvert, et d'obtenir partout l'escarrification des surfaces divisées.

C'est, comme je l'ai expliqué déjà, la raison dominante qui m'a fait rejeter les instruments tranchants ordinaires à froid, et la galvano-caustique qui, outre son application à peu près impossible dans ces cas, n'offre pas du tout la même facilité que les fers rouges pour arrêter une hémorrhagie, quand il s'en produit, et pour obtenir une escarre convenable (1).

Obs. IX.

RÉTROVERSION DE TROIS ANS DE DATE ; ABSENCE DE GROSSESSE PENDANT TOUT CE TEMPS ; GUÉRISON ; GROSSESSE ULTÉRIEURE.

Mme W..., marchande de nouveautés à Reims, 28 ans, israélite, mère de deux enfants. Dans sa dernière couche, qui date de trois ans, accouchement laborieux terminé au forceps; suites de couches pénibles et longues, mar-

(1) Mme G.., complétement guérie dès le 15 février 1875, n'a plus rien éprouvé du côté de l'utérus. J'ai pu m'en assurer souvent en lui donnant des soins, durant tout le mois de juin, pour une colique néphrétique calculeuse pour laquelle je l'ai envoyée aux eaux de Vittel au mois d'août. Je viens de pouvoir m'assurer encore, ces jours derniers, de la persistance de la cure de son antéversion, en lui donnant des soins pour un ictère dont elle vient d'être atteinte.

quées par quelques accidents mal définis, qui tiennent la malade au lit pendant deux mois.

A partir de ce moment, la santé reste chancelante. Les occupations de cette dame la forcent à rester debout presque toute la journée. Elle en éprouve une énorme fatigue et ne peut suffire à ses affaires ; elle est obligée de s'aliter souvent trois ou quatre jours. La marche n'est pas supportable ; douleurs inguinales et aux reins ; appétit irrégulier, généralement perverti. Les digestions se font mal. Il y a barre à la base de l'estomac, et oppression après chaque repas. Il y a constipation opiniâtre. Durant les époques qui sont douloureuses au début, elle reste au lit. L'écoulement sanguin est plutôt augmenté, et les époques varient, tantôt de trois à quatre jours en avance, tantôt de trois ou quatre jours en retard.

Mme W... a reçu constamment des soins de divers médecins et même d'une sage-femme qui voulait la guérir de la déviation utérine qu'elle avait contractée.

Mme W... se présente à moi dans le courant de mai 1868 ; c'est une de ses parentes de Paris qui me l'a adressée. Elle est démoralisée, inquiète de sa position. Elle est devenue irascible, nerveuse, ne supportant rien et éprouvant du dégoût pour la vie. Elle est obèse, lymphatique, sanguine. Elle a constamment une pesanteur sur le rectum qui la gêne et lui donne des envies fréquentes d'aller à la garde-robe sans pouvoir y satisfaire autrement qu'à la suite de purgations ou lavements répétés.

Par exploration directe en tous sens, je constate une rétroversion. Par l'indicateur introduit dans le rectum, tandis que l'autre placé dans le vagin perçoit les mouvements, j'imprime au globe utérin des déplacements qui semblent témoigner de l'absence d'adhérences. Le globe de l'utérus paraît augmenté de volume ainsi que le col dirigé en avant sur la symphise pubienne, et un peu infléchi. C'est la partie postérieure du globe et du col qui paraît surtout épaissie ; la partie antérieure du col est plus souple et un peu déprimée. A l'exploration, au spéculum, je confirme les données précédentes, et je perçois sur le museau de tanche dont la lèvre postérieure est plus volumineuse, épaissie, faisant relief dans l'ouverture, une large érosion qui embrasse les deux lèvres, avec granulations miliaires sur la lèvre antérieure.

L'opération est acceptée par Mme W... Ses occupations exigent sa présence à Reims ; il faut qu'elle reparte dans six à huit jours au plus tard.

Séance tenante, je pratique l'opération dans mon cabinet. Trois incisions transverses sur la face postérieure du col dans la partie excurvée et épaissie, la supérieure au-dessus de la jonction du col avec le globe ; puis deux incisions semi-elliptiques longitudinales, allant de la supérieure à l'inférieure ; abrasion des tissus dans l'épaisseur d'un demi-centimètre entre les deux incisions elliptiques : telle est la première partie. Section unguale d'une partie de la lèvre postérieure du museau de tanche à sa face externe ; profonde cautérisation sur sa face interne avec un cautère à olive et enfin

l'application répétée du marteau sur l'érosion complètent le deuxième temps.

Repos au lit pendant quarante-huit heures avec sachets de glace sur le bas-ventre.

La malade n'a presque pas éprouvé de douleur, et le troisième jour elle peut se lever et revenir me voir.

Elle doit repartir pour Reims dans deux jours. Voici les prescriptions : phosphate de fer de Leras (solution), deux fois par jour, une cuillerée à dessert dans une demi-tasse d'infusion de fleurs de pensée sauvage. Régime bien coordonné tant sous le rapport de la quantité que de la qualité des aliments. Eau de Soulzmat au repas. Pepsine Boudault à chaque repas.

Traitement local. — Pendant vingt jours, injections matin et soir à l'eau de son ; puis pendant trente jours, injections avec la même eau additionnée d'une cuillerée à dessert, par injection, de la mixture suivante : alcoolature de myrrhe, 30 ; alcoolature de quinquina, 30 ; alcoolature d'arnica, 20. La manière de pratiquer les injections est indiquée avec précision.

Le 17 septembre, Mme W... vient me revoir et me remercier ; elle se trouve très-bien et je puis constater la disparition complète de la rétroversion. Le globe utérin et le col sont revenus à leur situation normale.

Trois mois plus tard, cette dame devient enceinte et sa grossesse arrive à bonne fin. Je l'ai revue plusieurs fois depuis, et la guérison, malgré cette troisième couche, ne s'est point démentie (1).

Voilà une dame qui, atteinte de rétroversion, reste trois ans sans devenir enceinte à nouveau. Une fois guérie par l'opération que je lui ai pratiquée, elle est fécondée au bout de trois mois. Je ne prétends pas qu'elle était, durant la rétroversion, absolument incapable d'être fécondée, je constate seulement le fait. Rien, absolument rien ne la portait à s'abstenir d'avoir des enfants ; au contraire elle souhaitait ardemment en avoir encore, espérant pouvoir guérir par une troisième grossesse, ainsi que le lui avaient dit son médecin et la sage-femme. La conclusion rigoureuse à tirer, c'est que l'opération l'a mise dans une situation pleinement convenable pour la

(1) Il y a deux ans Mme W... est accouchée de nouveau et heureusement.

fécondation. Pareil fait a été obvervé par moi chez six autres malades et l'observation de la fermière, relatée ci-dessous, en est un mémorable exemple. Ici il y avait eu deux avortements. C'est à la suite du second que sont survenus les accidents qui ont entraîné la rétroversion. Ce qu'il y a de plus saillant dans ce fait-ci, c'est que la troisième grossesse a été menée à bonne fin et cela par la raison bien simple que l'utérus avait été guéri, non-seulement de la rétroversion, mais de la phlegmasie chronique qui persistait. Ce sont là des preuves irréfutables.

Ces six cas et d'autres dont j'ai eu connaissance depuis la première édition de cet ouvrage prouvent qu'après la guérison de la déviation ou de l'inflexion, la fécondation a lieu, tandis que, pour des motifs faciles à concevoir, elle n'avait pu s'exécuter avant.

Obs. X.

RÉTROVERSION AVEC FLEXION DU COL APRÈS DEUX AVORTEMENTS ; GUÉRISON ; ACCOUCHEMENT A TERME

Mme C..., fermière aux environs de Reims, m'est adressée en août 1868 par Mme W... (de Reims), dont l'observation précède. Mme C.. a 32 ans, elle a été mariée à 25 ; elle était alors d'une vigoureuse constitution. Avortement au troisième mois de sa première grossesse, à 26 ans ; elle se rétablit péniblement et sa santé n'était pas encore complétement revenue quand, sept mois après l'avortement, elle devint enceinte pour la deuxième fois. Au troisième mois, nouvel avortement, puis hémorrhagies, à diverses reprises, pendant deux mois. A partir de ces derniers accidents, Mme C... est restée dans un état de santé pitoyable : amaigrissement, douleur dans le fondement presque continuelle, faiblesse des membres inférieurs qui l'empêche de marcher et de vaquer à ses occupations ; douleurs dans les aines quand elle marche un peu, souvent douleurs dans la cage thoracique, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, quelquefois dans les deux en même temps ; tristesse profonde, découragement, perte d'appétit, quoique les digestions se fassent assez bien ; constipation opiniâtre, pression incessante au périnée, quand elle n'a pas évacué depuis deux jours ; règles irrégulières quant aux époques, plus irrégulières encore pour la durée et la quan-

tité de sang qui est toujours très-abondante, si abondante parfois que l'on croit à une hémorrhagie.

Il lui arrive de garder le lit une quinzaine de jours quelquefois après ses règles, tant elle a souffert et perdu de sang.

La malade a bien remarqué que quand elle fatiguait un peu quelques jours avant ses époques, les douleurs étaient plus accentuées et la perte de sang plus considérable. Elle a reçu les soins assidus de son médecin qui l'a tenue longtemps au repos, a fait poser des vésicatoires, fait faire des injections, prescrit des bains, etc.; puis d'une sage-femme qui l'a soignée à sa façon et lui a fait porter un pessaire, qui, loin de la soulager, lui causait gêne et douleur. Elle a changé plusieurs fois de pessaire; en dernier lieu elle en a mis un ovalaire et moins volumineux qu'elle porte encore actuellement sans être notablement soulagée. La sage-femme avait trouvé un abaissement de matrice; le médecin avait constaté une déviation en arrière (rétroversion).

Tel est le narré de la malade quand elle se présente à moi. Je constate, à l'examen direct, une rétroversion avec flexion du col que l'usage du pessaire a dû augmenter.

Le globe utérin est refoulé en arrière sur le rectum, en bas dans l'excavation. Il est volumineux, sensible à la pression; mais il se laisse déplacer facilement par le doigt introduit dans le rectum.

Le col est volumineux aussi, dense à sa partie postérieure convexe. Il est rouge et offre de la chaleur; large érosion de la grandeur d'un sou sur le museau de tanche dont les lèvres, surtout la postérieure, sont épaissies.

La malade ne peut rester que cinq jours à Paris, le temps de subir l'opération et de garder trois à quatre jours de repos absolu après.

Le jour même, je lui pratique l'opération chez sa cousine, rue de Provence. Elle consiste en trois incisions transversales, une au-dessus de la jonction du globe, deux sur la convexité du col, deux incisions semi-elliptiques longitudinales avec abrasion du tissu intermédiaire à ces deux dernières; enfin, incision en V sur la face externe de la lèvre postérieure.

Puis cautérisation large avec le marteau sur le museau de tanche; cautère olivaire à l'ouverture externe et cautère cylindrique dans la moitié du canal cervical; telle a été la manœuvre opératoire ultime.

Après quatre jours de repos absolu dans le lit et d'application de glace sur le bas-ventre, Mme C... retourne chez elle, devant suivre un traitement général et faire des injections de lavage vingt jours et des injections détersives pendant trente jours; elle devra garder un repos relatif.

Quatre mois plus tard, la malade venait me revoir, et je pouvais constater une guérison radicale et le retour complet à la santé.

Un an après, Mme C..., mettait au monde un enfant amené à terme.

Obs. XI.

Antéversion, suite de phlegmasie aigue, puis sub-aigue ; guérison

Mme G..., femme d'un sergent de ville, 95, avenue Saint-Ouen, 24 ans, mère de deux enfants.

Première couche régulière au bout d'un an de mariage. Onze mois après, grossesse, puis couche à terme ; se lève le quatrième jour. Perte de sang durant six semaines, tantôt plus, tantôt moins. Ensuite métrorrhagie de quinze jours de durée avec douleurs plus ou moins vives dans les fosses iliaques ; puis leucorrhée abondante pendant un mois avec les mêmes douleurs. Depuis ce temps, elle perd du sang avec des alternatives de plus à moins et garde le lit depuis sa métrorrhagie. Trois médecins l'ont tour à tour soignée, sans pouvoir enrayer ces accidents.

La deuxième couche a eu lieu le 27 janvier 1874.

Le 27 juillet, le mari m'appelle pour voir sa femme qu'il croit perdue. Amaigrissement, face altérée, perte d'appétit, digestions difficiles, parfois vomissements d'aliments. Insomnie, pouls petit, concentré, à 100 ; pâleur de la face et bruit de souffle au premier temps. Le ventre est plat, déprimé ; médiocre sensibilité à la fosse iliaque droite à la pression, douleur beaucoup plus vive à gauche. La palpation profonde sur le bas-ventre fait sentir le globe utérin porté en avant, à gauche, et en arrière du pubis. On le déplace facilement.

Le sang coule encore assez abondamment. Après toutes les explorations directes, et dans diverses positions, puis avec le spéculum, je reconnais une antéversion oblique gauche très-accusée ; une déchirure de la commissure droite du museau de tanche retiré vers le cul-de-sac droit et l'orifice largement béant. Les parties antérieures du corps et du col sont augmentées de volume.

Je constate là une déviation, suite de phlegmasie (endo-métrite) bien dessinée qui persiste et qui a donné le change à nos confrères. L'opération décidée et acceptée ne sera pratiquée qu'après cessation des accidents, encore un peu aigus.

En attendant, décubitus sur le dos, bassin relevé ; compresses imbibées d'eau froide sur le bas-ventre et sachets pleins de glace par dessus, à renouveler nuit et jour. Limonade et glace à l'intérieur, bouillon glacé ; injection vaginale à l'eau froide.

Le 10 août, les accidents ayant cessé, la fièvre disparue, l'opération est pratiquée avec l'aide du mari et d'une garde-malade. Les suites en sont ordinaires, sans qu'il survienne le moindre accident. Pendant vingt jours, la malade garde le lit, ayant des sachets de glace sur le ventre pendant six jours ; puis, pendant vingt jours, le globe utérin, redressé, est maintenu refoulé sous le pubis au moyen d'un sachet de plomb de chasse de six livres.

Le 10 octobre, la guérison était radicale. La malade se levait depuis un mois. Elle a pu reprendre ses travaux de mère de famille. J'ai revu cette femme il y a deux mois à propos d'un de ses enfants malade et j'ai pu m'assurer que la guérison était solide (1).

Voilà un cas où l'on surprend le commencement et où l'on peut suivre ensuite pas à pas la filière de la maladie, et voir l'antéversion arriver à la suite de la phlegmasie utérine.

Obs. XII.

ANTÉVERSION ANCIENNE, AVEC ENGORGEMENT DU COL ET DU GLOBE DANS LA PARTIE ANTÉRIEURE ; STÉRILITÉ DEPUIS TROIS ANS ; GROSSESSE ULTÉRIEURE ; GUÉRISON.

M[me] M..., femme d'un employé de gare au chemin de fer de Reims, m'est adressée par M. W..., de la même ville, et dont j'ai précédemment relaté l'observation.

M[me] M... m'est présentée le 15 mai 1871 ; elle est mariée en secondes noces. A eu un enfant de son premier mari. Remariée depuis trois ans, elle a aujourd'hui 30 ans ; elle n'a pas eu de nouvelle grossesse. Elle est chloro-anémique et présente de grands troubles nerveux jusqu'aux attaques hystériformes. Elle a une dyspepsie accusée. Elle éprouve, depuis sa couche, des douleurs dans les aines, qui augmentent à chaque menstruation. Elle ne peut plus marcher pendant une demi-heure sans être harassée de fatigue et être obligée de se reposer tant les douleurs augmentent. Elle a de très-fréquentes envies d'uriner quand elle marche ou quand elle est levée.

Elle s'essouffle facilement et ne peut monter un escalier un peu élevé. Elle éprouve des douleurs erratiques tantôt aux membres, tantôt à la tête où elles sont plus fréquentes, tantôt dans l'un ou l'autre côté de la poitrine. Ce sont là des névralgies intermittentes. Elle accuse notamment une névralgie lombo-sacrée qui la gêne beaucoup. Elle a beaucoup de fleurs blanches et ses règles sont irrégulières et peu abondantes. Après constatation de l'antéversion, avec engorgement considérable de la partie antérieure du col et du corps de l'utérus qui presse sur la vessie, de granulations sur le museau de tanche, je pratique l'opération séance tenante.

Guérison radicale le 15 juillet.

Revue un an après. A part un reste de chloro-anémie, je constate que la guérison s'est maintenue. M[me] M... est venue me consulter en 1874, pour

(1) Je revois fréquemment cette femme qui m'a vivement intéressé. La guérison persiste toujours d'une façon complète.

sa chloro-anémie dont elle n'est point débarrassée, et pour savoir s'il n'y avait pas récidive de la déviation, parce que, malgré son grand désir, elle n'était pas devenue grosse. Je pus constater la solidité de la guérison : en 1875 cette dame mettait au monde un garçon vigoureux.

Obs. XIII.

RÉTROVERSION ANCIENNE, AVEC ENGORGEMENT DU COL, CONSÉCUTIVE A UN AVORTEMENT DURANT LA PREMIÈRE GROSSESSE, SUIVIE ENSUITE DE STÉRILITÉ ; OPÉRATION ; GUÉRISON ; DEUX GROSSESSES ULTÉRIEURES.

Mme Sch..., jeune femme de 26 ans, de Strasbourg, mariée depuis quatre ans, a eu une fausse couche de trois mois et demi dès la première année de son mariage. Depuis lors, n'a jamais eu de grossesse, quoique de bonne constitution. Depuis l'avortement, santé altérée, état nerveux prédominant, crises hystériques fréquentes, marche pénible, faiblesse des jambes, douleurs de reins fréquentes (névralgie lombo-sacrée), douleurs dans les aines; ascension très-difficile, règles irrégulières, précédées de douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. Leucorrhée abondante. Constatation d'une rétroversion, d'intumescence considérable du col sur sa partie postérieure et sur la lèvre postérieure, avec incurvation en haut ; granulations sur les lèvres du museau de tanche et à l'orifice.

Opération le 16 mai 1870. Guérison radicale le 20 juillet. Mme Sch... a eu en 1874, un garçon qui a succombé à une maladie quatre mois après sa naissance. Elle est actuellement encore enceinte.

Obs. XIV.

ANTÉVERSION ANCIENNE, AVEC FLEXION EXTRÊME DU COL ET ADHÉRENCES SOLIDES DU GLOBE UTÉRIN; OPÉRATION ; DEMI-SUCCÈS.

Mme D..., bouchère, 29 ans, femme robuste, mariée depuis sept ans. Deux couches, une naturelle deux ans après ; à 25 ans, deuxième couche terminée au forceps. Accidents de pelvimétrite à la suite, et à durée fort longue. Rétablissement après cinq mois.

Mais, depuis ce moment, Mme D... supporte mal la fatigue, éprouve des douleurs sourdes dans les aines, est sujette à des fleurs blanches très-abondantes, et sa menstruation est douloureuse et très-abondante aussi.

Soignée par une sage-femme, puis par un médecin, s'est soumise, d'après leurs conseils, à la ceinture hypogastrique à pelotte. Il y a plus de deux ans qu'elle la porte sans éprouver une grande amélioration.

Finalement la leucorrhée est si forte et les douleurs inguinales sont devenues si intenses, qu'elle se croit atteinte de quelque mauvaise maladie et me consulte le 1er février 1873.

Résultat de l'examen : Le globe utérin est dévié en avant et à gauche. Après évacuation de la vessie, toutes les manœuvres ne peuvent ramener le globe à sa place naturelle. Le col dirigé en arrière et un peu à droite est en flexion, recourbé en col de cornue; déchirure non cicatrisée de la commissure droite; lèvre antérieure du museau de tanche épaissie, saillante en haut; lèvre postérieure déprimée, moins volumineuse. Epaississement de toute la partie antérieure du col et du globe utérin; large exulcération embrassant les deux lèvres; granulations framboisées, garnissant tout l'orifice externe et la plaie résultant de la déchirure. La leucorrhée est tellement abondante qu'elle irrite les parties génitales externes; le muco-pus est fourni, en partie, par une vaginite. Dix jours de traitement préalable, puis opération le onzième.

Cinquante cinq jours révolus après l'opération, voici ce qui est constaté : toute leucorrhée éteinte; col revenu à peu près à la direction normale, recouvert partout de son nouvel épithélium; ouverture du museau de tanche régulière, par suite de la cicatrisation de la plaie ancienne. Surface lisse et rosée partout.

Ce qu'il y a de plus saillant, c'est qu'avant l'opération la plaie résultant de la déchirure de la commissure droite semblait tenir le col en contact avec la paroi vaginale au cul-de-sac droit postérieur. Aujourd'hui le col est bien saillant et se détache librement dans le vagin. Toutes les douleurs ont disparu. Le globe utérin est irrévocablement en avant et à gauche. La malade peut fatiguer, marcher librement. Je lui conseille de porter la ceinture hypogastrique à pelotte mobile. Revue six mois après, j'ai pu constater la continuation du demi-succès, et la malade a toujours pu, depuis, exercer sa profession qui est, du reste, très-fatigante. Elle portera toujours sa ceinture.

Comme on le voit, le procédé opératoire n'a pu, dans ce cas, aboutir au redressement de la déviation du globe utérin, maintenu par des adhérences solides dans cette position vicieuse, brides résultant de la pelvi-métrite suite de la deuxième couche. Mais elle a corrigé la flexion extrême du col qui constituait, au point de vue des souffrances, le point culminant. Elle a fait disparaître toutes les altérations de tissu résultant de la phlegmasie chronique et le reste de cette phlegmasie qui donnait lieu à la leucorrhée et aux granulations. Enfin elle a fait disparaître la déchirure, régularisé l'ouverture du museau de tanche; en un mot, remis le col en

parfait état, et c'est déjà un beau succès dans un cas pareil.

Obs. XV.

ANTÉFLEXION AVEC DÉCHIRURE DE LA COMMISSURE DROITE ; GUÉRISON.

Mme C...., rue de Lisbonne, 27 ans, bien constituée, a eu une première couche il y a trois ans ; elle dut être accouchée au forceps d'un enfant mort. Pelvi-métrite avec phlegmon iliaque droit, ouvert dans la cavité vaginale. Rétablissement complet au bout de six mois.

Deux ans après nouvelle grossesse menée à terme et se terminant naturellement. Après cette deuxième couche, Mme C..... se lève au bout de neuf jours et travaille. Pendant dix-huit mois elle va à peu près bien. Néanmoins elle se fatigue vite, et a toujours des fleurs blanches, avec quelques douleurs dans l'aine droite.

Depuis trois mois, amaigrissement, leucorrhée très-abondante, douleurs continues à l'aine droite. Quelquefois sensation de pesanteur au siége ; le travail est devenu très-pénible, la faiblesse a progressé.

7 octobre 1873. — Constatation d'une antéflexion extrême du col et un peu à droite, d'une large érosion au museau de tanche, de granulations tuberculeuses, de déchirure de la commissure droite avec plaie. La commissure semble soudée au plancher vaginal. Le globe utérin est à sa place. Il y a épaississement avec induration de la partie antérieure du col et de la lèvre antérieure.

Opération le 8, puis soins consécutifs ordinaires. Sirop d'iodure d'amidon et légère purgation tous les quatre à cinq jours avec l'huile de ricin.

5 décembre. — L'exploration directe fait constater une guérison radicale, la cicatrisation de la plaie, avec réformation de la commissure et reconstitution de l'orifice du museau de tanche.

Obs. XVI.

ANTÉFLEXION AVEC DÉCHIRURE DE LA COMMISSURE DROITE DU MUSEAU DE TANCHE ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

Mme Lev..., 12, rue de la Victoire, 20 ans, bonne constitution, mariée depuis 6 ans, mère de trois enfants. La dernière couche remonte à quatre mois. Depuis cette couche elle a toujours eu des accidents, et sa santé ne s'est pas rétablie.

De temps en temps, crises hépatiques avec douleurs à la barre de l'estomac, contournant tout le côté droit jusqu'à l'épaule ; teinte légèrement ictérique et vomissement ; constipation existant déjà chez la jeune fille chez qui on observait alors des crises hépatiques moins accusées. Appétit bizarre,

généralement diminué. Palpitations, chloro-anémie, perturbation nerveuse avec certaines sensations bizarres et parfois hallucinations. Irascibilité, impatience, peu de repos la nuit. Chaque approche de règles accompagnée de douleurs sacro-lombaires et d'excitation générale. Faiblesse générale ; peu d'aptitude à la marche tant la fatigue est grande après la moindre excursion. Douleurs sourdes habituelles dans le bas-ventre, dans la station debout. Les règles sont très-abondantes depuis la dernière couche et durent de sept à huit jours. Leucorrhée abondante.

A l'examen direct, je constate une antéflexion accentuée, avec plaie de la commissure droite et granulations sur les deux lèvres du museau de tanche dont l'antérieure est plus volumineuse. Chaleur et sensibilité du col, rougeur accentuée ; c'est-à-dire, une phlegmasie sub-aiguë d'une partie du col. Après avoir laissé passer la crise hépatique, la malade est soumise à l'application de la glace sur le ventre, aux injections émollientes, aux laxatifs, aux bains, pour apaiser l'état phlegmasique, et, quinze jours après, le 15 avril 1873, l'opération est pratiquée.

Trois incisions transverses, deux semi-elliptiques et abrasion des tissus entre ces dernières, entaille emporte-pièce en bec de flûte sur la lèvre antérieure, constituent le premier temps. Avec un cystotome spatule et un cautère olivaire, escarrification de toute la muqueuse occupant les lèvres de la déchirure et de l'ouverture cervicale externe; puis application de cautère à marteau sur les deux lèvres pour détruire les granulations, voilà la deuxième partie. Pansement à l'huile, glace sur le ventre quarante-huit heures, puis le reste du traitement local comme d'usage.

Aucun accident n'entrave la marche des suites de l'opération. La malade est soumise au traitement préventif de la colique hépatique.

Le 7 juin, après deux mois de l'opération, et après les injections et pansements, la malade est complétement et radicalement guérie. Je la revois fréquemment depuis ; il n'est pas survenu de récidive, et la santé est toujours florissante.

Obs. XVII.

Antéversion reconnue a propos d'une fièvre typhoïde avec pertes utérines, qui avaient été rapportées a une ulcération du col ; opération ; guérison ; grossesse ultérieure.

Femme Bl..., rue Cardinet, Batignolles, 24 ans, bien constituée ; pas de maladie antérieure ; ayant eu un enfant, il y a trois ans et demi. S'est levée le cinquième jour de ses couches, son commerce l'y contraignant.

Cette femme est douée d'une très-grande énergie et brave les douleurs. Cependant elle a maigri graduellement et, dans les derniers moments, elle ne pouvait plus supporter les fatigues de son commerce; elle ne pouvait même plus marcher un peu de temps. Règles abondantes et prolongées à

chaque époque et douleurs de reins les précédant. Leucorrhée abondante dans les intervalles. Au mois de juin 1874, dothiénentérie. Le cinquième jour, apparition des règles qui avaient cessé dix jours avant. L'abondance de la perte et sa prolongation sont telles, que le médecin, hésitant, appelle un confrère en consultation. Après examen local, celui-ci dénonce une ulcération de la matrice, et propose une opération immédiate qui est refusée. Il attribuait même la fièvre avec tout son cortége à cette ulcération, qui, disait-il, avait un retentissement sur le péritoine. La malade, en effet, accusait des douleurs dans les aines, surtout à gauche, et dans les fosses iliaques.

Appelé le 30 août 1874 auprès de la malade, il me fut aisé d'établir le diagnostic. L'examen direct me permit de constater une antéversion oblique gauche, avec engorgement du col sur la partie incurvée, exulcération sur le museau de tanche et granulations; la perte de sang était arrêtée. La malade en était à son treizième jour de fièvre et tous les signes de la dothiénentérie étaient manifestes. La perte de sang était, ainsi que cela arrive dans les fièvres typhoïdes et autres fièvres graves, le résultat de la fièvre même et ce qu'à tort on appelle des règles redoublées.

Le traitement de cette affection fut poursuivi et l'opération de redressement remise après la convalescence. Il me fut rapporté, par le mari de la malade, que le médecin appelé en consultation et qui considérait l'hémorrhagie et tous les accidents comme étant la conséquence de l'ulcération, avait proposé la cautérisation au fer rouge pour tout traitement.

Le 5 octobre, la femme Bl... étant tout à fait rétablie, je pratique l'opération.

Au cinquante-cinquième jour, guérison radicale. La malade a récupéré ses forces et son embonpoint primitif.

Trois mois après, la femme Bl... devenait grosse après être restée quatre ans sans conception.

Obs. XVIII.

ANTÉFLEXION EXTRÊME AVEC ENGORGEMENT DU COL DANS SA PARTIE ANTÉRIEURE, EXULCÉRATION ET GRANULATIONS NOMBREUSES DES LÈVRES; DÉCHIRURE ANCIENNE DE LA COMMISSURE DROITE; GUÉRISON.

Il s'agit dans ce cas, de la sœur d'un de mes excellents et savants confrères. Mme M... est mariée depuis 18 à 20 ans; elle a eu plusieurs enfants. Sa dernière couche remonte à 14 ans. Depuis cette dernière couche, elle a toujours eu quelques accidents. Il y a cinq ans, elle a eu un avortement au troisième mois. C'est à cette date qu'elle fait remonter l'origine réelle de son mal.

Elle s'est progressivement débilitée, quoique conservant de l'appétit. Elle a toujours eu des douleurs plus ou moins sourdes dans le bas-ventre et dans les reins; insensiblement elle est arrivée à ne plus pouvoir faire de

courses un peu prolongées, chaque course augmentant ces douleurs et la fatiguant outre mesure. Depuis trois mois surtout, elle est au repos absolu dans son lit et suit des traitements indiqués par des confrères qui n'ont pu ou pas voulu préciser sa maladie. Le phénomène qui l'inquiète le plus c'est une douleur pondérative au siége, qui est soulagée par le repos au lit, qui redouble dans la station debout, et qui empêche la marche d'une manière absolue. Il y a bien quelques irradiations douloureuses aux aines, mais, aux yeux de la malade, c'est le poids incommode et douloureux de la région sacro-coxigienne qui constitue tout son mal, car elle ne peut rester assise quelques minutes sur une chaise à cause des douleurs sourdes éprouvées dans tout le siége, du coccyx aux ischions. Elle craint un cancer ou toute autre tumeur de mauvaise nature. Sa vie est pleine d'angoisse; il lui semble qu'elle est condamnée à passer désormais son existence dans le lit, où ses douleurs sont presque nulles.

Elle a peu de fleurs blanches entre ses époques; la menstruation est assez régulière et, depuis qu'elle garde le lit, elle s'opère sans douleurs; mais elle est toujours abondante et de cinq à huit jours de durée. Mme M... est devenue nerveuse, irritable; elle est amaigrie; elle éprouve de fréquentes palpitations et parfois des névralgies costo-sternales d'un côté ou de l'autre.

Le mari est fort tourmenté de l'état de sa femme, d'autant que les médecins qui lui ont donné des soins n'ont jamais pu ou voulu lui dire franchement ce qu'ils pensaient.

M. M... a lu ma publication dans le *Courrier médical*, il a cru saisir quelque ressemblance entre le mal de sa femme et les détails donnés dans quelques observations. Il a parlé à son beau-frère en lui confiant son dessein de me consulter. Son beau-frère, notre excellent et savant confrère, l'a approuvé, et, le 14 novembre 1874, je suis appelé à examiner la malade.

Il m'est facile, à mon premier examen, de constater une légère antéversion, avec engorgement considérable du col qui est recourbé en bec de cornue sur le rectum, et dont la commissure droite offre une mince déchirure qui va jusqu'au cul-de-sac de ce côté et semble tenir soudée au plancher vaginal cette partie du col; avec cela une large exulcération embrassant les deux lèvres du museau de tanche dont la postérieure est moins développée que l'antérieure. Après le résultat de cet examen l'opération est proposée et acceptée. Mme M... conviera son frère, mon excellent collègue, qui, après avoir vérifié l'exactitude du diagnostic, m'assistera dans l'opération fixée à deux jours de là.

Le 17 novembre, mon confrère reconnaît avec moi les lésions mentionnées, l'antéflexion extrême qui cause à sa pauvre sœur les souffrances dont elle se plaint depuis si longtemps, et qui la tient couchée dans son lit depuis trois mois; il veut bien m'aider dans l'opération. C'est lui-même qui fait chauffer à point les ténotomes et me les présente, en vérifiant de temps en temps les diverses incisions faites avec ces instruments rougis. Ce manuel

opératoire dure environ quarante minutes. Ce sont les soins à prendre pour éteindre la chaleur après chaque incision, et de temps en temps pour arrêter l'écoulement du sang en appliquant des fers au rouge-brun quand des vaisseaux sont restés beants, qui prolongent le temps de l'opération La malade, pansée comme d'usage, est remise ensuite dans son lit, et devra maintenir un boyau préparé plein de glace sur le bas-ventre, nuit et jour, pendant quarante-huit heures ; les injections de lavage à l'eau de son devront être faites trois fois par jour.

Mme M..., vue par son frère et suivie par moi, n'a pas éprouvé le moindre petit accident par suite de l'opération. Le vingtième jour elle pouvait se lever, marcher et supporter les fatigues d'un déménagement; le trentième jour elle ne ressentait plus qu'une gêne à la région sacro-coxigienne dans la position assise, mais elle pouvait marcher sans éprouver la plus légère souffrance.

Enfin, au soixante-sixième jour, nous pouvions constater, avec mon confrère, le redressement du col, sa réduction à l'état normal sous le rapport du volume, de la conformation et de la cicatrisation de l'ancienne déchirure, cicatrisation qui a permis à l'orifice de revenir à son diamètre naturel. Un nouvel épithélium lui donne cette apparence rosée qu'a le col à l'état normal, excepté sur le point enlevé comme par emporte-pièce sur la lèvre antérieure, qui n'est pas encore recouvert, et qui le sera dans une dizaine de jours au plus. La dernière époque n'a duré que trois jours et a été de moyenne intensité. Mme M... est bien radicalement guérie. Je l'ai revue trois fois depuis et j'ai pu constater que la guérison complète se maintient.

Obs. XIX.

RÉTROVERSION ; OPÉRATION ; GUÉRISON ; UNE GROSSESSE ULTÉRIEURE ; ACCOUCHEMENT A TERME.

Mme J..., blanchisseuse de fin à Sèvres, 24 ans. Mariée à 18 ans. Accouchement naturel à 20 ans. Levée le cinquième jour. Retour de couches six semaines après ; ménorrhagie. Depuis ce moment, santé non rétablie complétement. Faiblesse des extrémités inférieures ; sentiment de pesanteur incommode au siége ; douleurs dans les aines à la suite de marche prolongée ou de fatigues. Finalement obligée de surseoir à son travail et de s'en tenir à la surveillance de ses ouvrières.

Leucorrhée abondante entre les époques. Rétroversion bien accusée avec érosions sur le museau de tanche et granulations à l'ouverture cervicale externe.

Opération le 10 août 1871. Guérison complète le soixantième jour. La guérison se maintient même après une deuxième couche qui a eu lieu fin de 1875.

Obs. XX.

Rétroversion ; engorgement de la partie postérieure du col et de la lèvre correspondante ; ménorrhagie depuis longtemps ; opération ; guérison.

Mme Sw..., femme d'un carrossier, rue Renequin, à Paris, 37 ans. Mariée à 19 ans. Bonne constitution primitive. A eu un enfant à 21 ans. Absence de grossesse depuis. A eu deux fois un ictère. Troisième ictère suite de calcul biliaire, en 1867. Traitée par moi pendant trois mois pour cette affection, et soumise ensuite à un traitement prophylactique. N'a jamais eu de nouvelle atteinte depuis. Douleurs habituelles dans les reins, pesanteur au siége, constipation, époques de cinq à huit jours de durée chaque avec perte de beaucoup de sang ; dyspepsie, affaiblissement général, surexcitation nerveuse, crises hystériformes ; parfois névralgies thoraciques ou céphaliques fréquentes, tels sont les phénomènes qui lui font réclamer à nouveau mes soins en 1867, et qu'elle fait remonter à une époque indéterminée, mais qui date de loin.

Après constatation de la rétroversion avec ses conséquences, opération le 25 juillet, après que la malade a subi un traitement général d'un mois. Guérison bien constatée le 30 septembre.

Cette guérison persiste sans récidive, car je puis voir la malade souvent et me tenir au courant de son état.

Obs. XXI.

Rétroversion ancienne ; opération ; guérison.

Mme Ro..., tenant un petit restaurant rue Notre-Dame-de-Nazareth, mariée depuis six ans, constitution moyenne, lymphatique, a eu deux enfants, le dernier il y a cinq ans ; levée au quatrième jour. Depuis cette couche, santé débilitée progressivement, au point qu'elle ne peut plus suffire à son travail.

Faiblesse des extrémités inférieures, pesanteur sur le rectum, constipation ; appétit diminué, dyspepsie ; palpitations fréquentes depuis six mois, anémie, caractère bizarre, irritabilité très-grande. Les règles sont irrégulières, précédées de douleurs dans les reins et le bas ventre ; beaucoup de fleurs blanches. La malade accuse l'exaspération de tous les accidents depuis le siége de Paris, a suivi de nombreux traitements, sans obtenir d'amélioration marquée. Vue par moi le 17 juillet 1871. Après les divers examens, constatation de rétroversion avec engorgement de toute la face postérieure du col, d'érosion du museau de tanche et de fines granulations qui s'étalent à l'orifice et dans la cavité cervicale. Traitement général et local

pendant un mois. Opération fin août suivant : guérison complète fin octobre. Revue souvent, la guérison se maintient.

Obs. XXII.

Rétroversion ancienne avec engorgement de la partie postérieure du col et de la lèvre correspondante ; opération ; guérison.

Fille Cat.., 25 ans. Constitution vigoureuse autrefois ; avortement au quatrième mois de grossesse il y a cinq ans. Malaise prolongé pendant longtemps à la suite, puis reprise des travaux de cuisinière.

Depuis six mois obligée d'arrêter son travail par suite de perte des forces et de difficulté à la marche ; palpitations, constipation ; gêne dans le siége avec sentiment de pesanteur continuelle ; dysménorrhée.

A l'examen, constatation de rétroversion avec engorgement de la partie postérieure du col et de la lèvre correspondante ; érosion et granulations sur le museau de tanche.

Amenée par sa cousine, sujet de la précédente observation que j'ai opérée d'une rétroversion un an avant, et qui est *complétement guérie*. Opération le 6 octobre 1874 ; guérison deux mois après ; reprise des travaux.

Obs. XXIII.

Antéversion ; opération ; guérison.

Mme R..., crémière rue de Grenelle, 22 ans, mariée depuis quatre ans ; devenue enceinte. Avortement au troisième mois. Ne s'est reposée que cinq jours après l'avortement ; a pu suffire aux fatigues de son commerce jusques il y a trois mois. Depuis cette date affaiblissement graduel, douleurs dans le bas-ventre et les aines ; envies fréquentes d'uriner pendant le jour ; leucorrhée abondante, perte d'appétit ; me consulte en juin 1873. Constatation d'antéversion oblique sans altération notable de texture, granulations framboisées au museau de tanche et dans l'ouverture du canal cervical. Opération le 20 juin ; guérison complète le 20 août. La guérison persistait en décembre 1875, époque où j'ai revu la malade.

Voici deux observations bien remarquables à un certain point de vue, c'est-à-dire celui de la stérilité, pour laquelle les deux malades ont voulu subir l'opération dans l'espoir d'avoir ensuite des enfants. Ce qu'il y a de plus particulier dans ces deux faits, c'est que, la déviation utérine guérie, j'ai pu ensuite me convaincre que

la stérilité persistante, malgré la guérison, était le résultat d'une impuissance de fécondation de la part des maris.

Obs. XXIV.

RÉTROVERSION ; DYSMÉNORRHÉE ; STÉRILITÉ.

Comtesse de ..., (Somme), 32 ans, sans enfant, quatre ans de mariage; rétroversion, dysménorrhée depuis la première menstruation. Col conique projeté en haut et en avant. Se fait opérer le 15 juillet 1871, dans l'espoir d'avoir un enfant. Le résultat de l'opération est la cessation de la dysménorrhée par la guérison de la rétroversion et du redressement avec modification du col conique. Deux ans après, la guérison se maintenait, mais la stérilité persistait.

Obs. XXV.

ANTÉFLEXION ; DYSMÉNORRHÉE ; STÉRILITÉ.

Autre comtesse de ..., amie de la précédente, mariée depuis cinq ans, sans enfant, dysménorrheïque aussi. Se fait opérer, deux mois après que sa parente eût été guérie, d'abord pour se débarrasser de sa dysménorrhée qui la faisait tant souffrir et qui finissait par aigrir son caractère, puis dans la légitime espérance d'avoir un enfant.

L'antéversion, accompagnée de phlegmasie catarrhale chronique de la cavité utérine, fut radicalement guérie, ainsi que la phlegmasie contre laquelle fut dirigée également l'action des cautères cylindriques incandescents. Cette dame reprit rapidement de l'embonpoint et des forces ; la menstruation devint régulière et sans troubles. Deux ans après elle n'avait cependant pas eu de grossesse.

Il y avait quelque chose d'étonnant dans le rapprochement de ces deux cas. Voilà deux malades qui, débarrassées de leur déviation utérine et de la dysménorrhée; qui, étant désormais bien réglées, n'ayant aucune autre maladie de l'utérus, restaient toutes deux stériles en récupérant une santé parfaite. *Quid?*

C'était la faute des deux maris, comme j'ai adroitement et confidentiellement pu m'en assurer. L'un avait été, à la suite de maladies antérieures, réduit à une impuissance absolue ; absence d'éjaculation sper-

matique et d'érection franche; et l'autre était à demi impuissant, ayant un testicule absolument atrophié par suite d'une orchite, et l'autre testicule enveloppé par une volumineuse varicocèle.

Les deux femmes étant en état de santé irréprochable et pouvant être fécondées, l'absence de grossesse s'expliquait aisément par la situation douloureuse des mâles.

Obs. XXVI.

ANTÉVERSION ANCIENNE ; CYSTOCÈLE ET RECTOCÈLE SUITES DE DÉCHIRURE DU PÉRINÉE ; SUCCÈS INCOMPLET AVEC RÉCIDIVE HUIT MOIS APRÈS

Mme O..., tenant un hôtel garni, 42 ans, vigoureuse constitution. Dernière couche, il y a sept ans ; déchirure du périnée, suite d'une application de forceps. Pendant six ans a toujours pu travailler quoique sentant quelque chose qui faisait saillie à la vulve. Depuis un an envies fréquentes d'uriner, quelquefois mixtion douloureuse ; ces phénomènes disparaissent la nuit. Pesanteur incommode au bas-ventre, lassitude et faiblesse des extrémités inférieures ; douleurs aux aines, surtout à droite. Croit avoir une descente de matrice, parce qu'elle sent une tumeur à la vulve. L'examen direct révèle une antéversion oblique à gauche avec tiraillement de ce côté du ligament utéro-vésical, une cystocèle assez accentuée, et la face postérieure du vagin faisant saillie devant l'anus. Ces deux tumeurs se touchent et obturent la vulve. Opération le 3 février 1872 ; guérison de l'antéversion deux mois après ; diminution de la cystocèle, la rectocèle restant au même état. Le 30 novembre suivant, cystocèle revenue au même point et ayant entraîné un peu le globe utérin à gauche et en avant.

Obs. XXVII.

ANTÉVERSION ; RECTO-CYSTOCÈLE, SUITE DE DÉCHIRURE DU PÉRINÉE ; OPÉRATION ; GUÉRISON PERSISTANTE DE L'ANTÉVERSION DIX-HUIT MOIS APRÈS ; CYSTOCÈLE REVENUE AU MÊME POINT APRÈS DIX-HUIT MOIS DE MODIFICATION AVANTAGEUSE.

Femme J..., 23 ans, mariée depuis deux ans, constitution moyenne, femme de chambre, accouchée depuis huit mois. Couche laborieuse, terminée par une application de forceps qui entraîne la déchirure du périnée ; hémorrhagie post-puerpérale grave. Suites de couches accidentées, laissant présumer, au narré de la malade, une endométrite ; restée alitée deux mois, étant profondément anémiée. Retour de couches au troisième mois,

ménorrhagie qui se répète à chaque époque ultérieure à tel point que le médecin est obligé d'intervenir.

Vue par moi, en janvier 1874, après huit mois de l'accouchement, je constate une antéversion avec déchirure large de la commissure droite qui retient le col en arrière de ce côté, le globe étant fortement en avant et un peu à gauche. Le col vésical est à la vulve, faisant saillie comme une grosse amande, et le fond vésical, abaissé, est tiraillé un peu à gauche; saillie à la fourchette de la paroi postérieure du vagin abaissée et plissée transversalement.

L'indicateur pénètre facilement dans le col utérin resté ouvert. Tuméfaction des lèvres de la déchirure de la commissure droite ; granulations framboisées aux deux lèvres et à l'orifice cervical.

La marche est pénible, très-fatigante. Palpitations, bruit de souffle carotidien et au premier temps ; appétit diminué, bizarre. Douleur sourde au bas-ventre, aux aines ; pesanteur à la vulve ; leucorrhée abondante; fréquentes envies d'uriner dans la station debout; surexcitation nerveuse. Soumise pendant un mois au traitement général et local; opération le 16 février suivant.

Il a fallu dans l'opération, avant de cautériser la déchirure de la commissure, l'ouverture et partie du canal cervical, réséquer une portion de la lèvre antérieure proéminente, et fortement engorgée comme le reste de la même partie du col.

Cette malade a été guérie d'une façon durable de son antéversion, comme de la déchirure et de la phlegmasie catarrhale; elle a pu reprendre son travail qu'elle continue encore. La cystocèle est restée heureusement modifiée pendant quinze mois que j'ai pu suivre cette opérée au moins tous les mois. Depuis février 1876, il lui est revenu un sentiment de pesanteur à la vulve qui ne l'empêche pas de travailler, mais qui la gêne. J'ai pu constater que la cystocèle est revenue au même point, et, de plus, que les parois vaginales, mollasses, ont acquis beaucoup de laxité.

Cette malade, comme la précédente, n'a obtenu qu'un demi-succès. En raison de sa jeunesse et de sa condition, je me propose d'appliquer la colporrhaphie antérieure et postérieure, d'après mon procédé, dès que cette femme pourra se donner un mois de repos. C'est d'autant plus nécessaire, qu'en raison de la laxité des parois vaginales, je suis convaincu qu'avec le temps la recto-cystocèle finira par entraîner encore l'antéversion, et, probablement un jour, quand l'utérus aurait évolué lentement et graduellement pour arriver de l'anté à la rétroversion, la malade aurait une descente consécutive de matrice.

Obs. XXVIII.

ANTÉVERSION AVEC DÉCHIRURE DE LA COMMISSURE DROITE, DE TROIS ANS DE DATE ; GUÉRISON.

Mme H..., rue Halévy, 27 ans, brune, à prédominance bilio-nerveuse,

mariée depuis sept ans, a eu deux enfants venus au monde bien portants.

A la suite de la deuxième couche, il y a quatre ans, accidents puerpéraux suivis d'une longue convalescence (pelvi-métrite). Comme je donnais, exceptionnellement alors, des soins à la malade pour ce dernier état, je pus constater, dès ce moment, une déchirure de la commissure droite du museau de tanche, très-accusée; et cependant le travail avait été régulier et l'accouchement fait par une sage-femme habile.

Un an après, nouvelle grossesse. Avortement à trois mois, qui laisse la malade dans un état de détérioration dont elle ne peut se relever.

Depuis cet avortement, elle n'a cessé d'avoir des douleurs gênantes, tantôt sourdes, tantôt plus vives, dans les aines et surtout au côté gauche. Dans la marche et la station debout, envies fréquentes d'uriner. Les règles étaient prolongées et abondantes, quoique régulières. Amaigrissement, faiblesse générale, marche fatigante à cause de la faiblesse des membres inférieurs. Appétit irrégulier, bizarre, souvent nul; digestions généralement pénibles, parfois assez bonnes. Caractère tout à fait transformé, généralement triste, inquiet. A mesure que les soins qui lui étaient prodigués et par son médecin et par la sage-femme n'aboutissaient à aucun résultat, l'inquiétude augmentait. Névralgies frontales ou fronto-pariétales fréquentes; névralgie intercostale gauche, de temps en temps, entre les sixième et septième espaces.

Crises nerveuses, très-accusées par moments, avec sensation de boule à la gorge, palpitations fréquentes, surtout à l'ascension. C'est en se voyant en pareil état que Mme H... se confie aux soins d'un confrère dont personne ne pourrait suspecter la science et l'autorité en pareille matière, le docteur Péan. Pendant neuf mois consécutifs elle subit la direction éclairée de ses soins. Pour tout remède aux troubles fonctionnels organiques locaux dépendant de la déviation utérine, ce confrère distingué fit placer un pessaire en aluminium, sorte de boucle lozangique arrondie aux quatre angles et recourbée légèrement en S sur son plan horizontal. Un traitement général et de nombreuses cautérisations au nitrate d'argent (probablement pour la déchirure et la phlegmasie consécutive du col), tels ont été les moyens employés.

La malade éprouva d'abord du soulagement; elle pouvait notamment mieux retenir ses urines, mais aussitôt le pessaire retiré, la mixtion était fréquente, et finalement, au bout d'un mois qu'elle eut cessé son traitement, elle revint absolument à son état antérieur. Elle observe cependant que, même durant les neuf mois de traitement, comme après, elle n'a jamais eu la possibilité de marcher autrement que pour une promenade d'une demi-heure au plus.

Mme H... est avec son mari à la tête d'une maison de commerce. Sur les instances de sa famille et de son mari qui remontent son moral et voudraient la voir guérir à tout prix, elle me fait appeler le 5 octobre 1874. Après avoir écouté le commémoratif que je viens de relater, je constate à

l'examen direct une antéversion un peu oblique gauche, avec la déchirure persistante de la commissure droite du museau de tanche que j'avais surprise dans une exploration trois ans avant, pendant qu'exceptionnellement je la soignais pour les accidents puerpéraux.

Il y a engorgement de la partie antérieure du col, de la lèvre antérieure et un peu de la lèvre postérieure ; érosion et rongeur sur la surface des deux lèvres avec granulations se prolongeant dans l'ouverture cervicale. La pression est un peu douloureuse dans le fond de la fosse iliaque gauche où on sent le globe utérin appuyant sur la symphyse pubienne.

Je pratique l'opération le 14 octobre et soumets la malade à tous les soins consécutifs. Le traitement général consiste en phosphate de fer de Leras, vin de Seguin, alternant par quinzaine ; huile de ricin, à la dose d'une cuillerée à café deux matins de suite, tous les trois jours. Eau de Soulzmatz.

Le 5 novembre, la petite fille de Mme H... est atteinte de méningite qui l'enlève en quinze jours. La maladie et la mort de l'enfant qui lui restait, le second étant mort d'une hémorrhagie du cordon deux heures après sa naissance, ont causé de très-grandes fatigues et de cruelles émotions à Mme H... Il y a des peines morales bien difficiles à surmonter. Les fonctions digestives ont surtout été profondément troublées de nouveau.

Cependant, le 10 janvier, la guérison est radicale. Le col reconstitué par la cicatrisation de la déchirure ancienne présente non-seulement la direction normale, mais sa conformation régulière avec ouverture transversale du museau de tanche sur lequel on retrouve à droite une commissure aussi bien conformée qu'à gauche et séparée du cul-de-sac correspondant par un espace égal à celui de gauche (1).

Dans cette observation, comme dans plusieurs autres, on trouve une déchirure de l'une des commissures du museau de tanche, et, dans ce cas-ci, il m'a été permis de préciser la date de cet accident.

Ces déchirures, résultat d'un travail peut-être trop rapide dans quelques cas, de contractions trop violentes dans d'autres, et enfin quelquefois de manœuvres obstétricales, guérissent rarement d'elles-mêmes, pour ne pas dire jamais, quand elles sont étendues et qu'elles divisent toute l'épaisseur des tissus.

(1) Depuis lors nous avons revu souvent Mme H..., et nous avons pu nous assurer, en mai 1875 pour la dernière fois, que la guérison se maintient radicalement avec une santé devenue parfaite

Je ne serais pas étonné qu'il y eût entre ces déchirures et les déviations utérines ultérieures une relation directe de cause à effet. On comprend que la déchirure d'un côté, si elle persiste, doit par voie de rétraction des tissus dans la partie correspondante au fond de la déchirure, et le défaut de résistance sur les angles, entraîner graduellement le col de l'utérus de ce côté et en haut, vers le cul-de-sac correspondant. Cet entraînement graduel doit finir par produire une déviation d'abord du col, puis, par obéissance successive, du globe qui bascule sous l'influence des tractions du col, et sous l'action continue des facteurs actifs de pression, ceux de résistance restant au même état, la déviation du globe utérin lui-même. En outre, cette plaie non cicatrisée est un appel continuel à la phlegmasie de la muqueuse de revêtement et de toutes ses conséquences, granulations, érosions, etc., et peut-être même à l'extension de cette phlegmasie sur les tissus plus profonds, pour entraîner leur engorgement inflammatoire,

Donc, dans le procédé opératoire de redressement, il faut tenir soigneusement compte de ces déchirures.

En portant le fer rouge sur la partie déchirée et sur toute l'ouverture cervicale externe, en brûlant plus soigneusement les lèvres et le fond de la plaie sur la face interne et profondément, il arrive qu'à la chute des escarres, des bourgeons charnus de bonne nature surgissent et finissent par souder entre eux les angles de la plaie par suite de travail réparateur de suppuration, comme cela arrive pour des plaies externes, et ainsi que le démontrent nos observations où la déchirure a été constatée.

Obs. XXIX.

Rétroflexion ancienne extrême; guérison.

Mme G..., 2, rue de Calais, 32 ans, mariée depuis onze ans, sans enfant, a éprouvé de tout temps, depuis son mariage, des douleurs sourdes dans la région sacro-coxigienne, sans être trop gênée cependant dans la marche et le travail domestique. Depuis deux ans seulement elle a maigri; ses règles sont devenues plus abondantes et plus prolongées, et à chaque époque ses douleurs s'exaspèrent et portent d'arrière en avant. Il y a leucorrhée abondante dans l'intervalle. Depuis deux mois elle garde un repos absolu au lit. Elle ne peut plus faire son ménage ; chaque mouvement retentit douloureusement à la région sacrée, d'une part, et à la fosse iliaque gauche, d'autre part. Depuis quinze jours il y a métrorrhagie. Le 1er novembre 1873, je constate une sensibilité du globe utérin porté un peu à gauche; une rétroflexion extrême un peu oblique à droite. Chaleur et intumescence de la lèvre postérieure et de toute la partie postérieure du col. L'appétit est nul ; constipation de longue date. Je prescris des applications de glace sur le bas-ventre et des injections émollientes froides ; l'huile de ricin à 15 grammes tous les quatre jours, la tisane de grande consoude. Le 10, l'écoulement sanguin a cessé, l'appétit est revenu, mais les douleurs persistent toujours, surtout dans la fosse iliaque gauche, sur laquelle je fais appliquer un vésicatoire ovale de 3 pouces de diamètre.

Le 15, opération suivant mon procédé.

Le 20 décembre, la malade peut déjà se lever et marcher, sans gêne ni douleur.

Le 17 janvier 1874, la guérison est radicale et la santé générale parfaite.

Obs. XXX.

Antéversion ancienne; amaigrissement considérable; troubles nerveux de toutes sortes; opération; guérison.

Mme Va..., galerie Montpensier, femme de 32 à 34 ans, a eu un seul enfant, il y a nombre d'années. Son tempérament est bilieux-nerveux ; sa constitution moyenne. Je lui donne des soins depuis une dizaine d'années. Je l'ai toujours connue souffreteuse, fortement impressionable, sujette à toutes sortes de névropathies, qui ont, tour à tour, fortement chagriné son cerveau. Tantôt elle a cru avoir une maladie de la moëlle épinière, parce qu'elle avait une rachialgie prédominante, avec retentissement douloureux à la tête et au cou ; tantôt elle a redouté un cancer à l'estomac, parce qu'elle avait une dyspepsie gastralgique ; d'autres fois, elle a redouté un cancer des reins, de la vessie, suivant que les névropathies affectaient les parties voisines de ces organes, ou quand il y avait quelques troubles

fonctionnels. Il y a une dizaine d'années, elle était sous la crainte d'un cancer utérin, parce qu'avec quelques fleurs blanches, elle éprouvait quelques douleurs dans le fond du vagin. Je me rappelle qu'à ce propos, après l'avoir examinée et reconnu quelques granulations sur le col, siége de phlegmasie chronique, je dus appliquer le cautère actuel dont elle se trouva bien. J'ai souvenance d'avoir, à ce moment, trouvé l'utérus dévié et avoir prescrit un redresseur utérin en caoutchouc, de Garriel, dont la malade se trouva bien et qu'elle cessa de porter bientôt. De tout temps, elle a été, dit-elle, sujette à une constipation fort rebelle, et de fait, son teint bistré et par moment sub-ictérique, quelques douleurs d'estomac, tout cela momentané, m'ont fait supposer un difficile écoulement de la bile dans le duodénum. A ce sujet, je l'ai, à plusieurs reprises, soumise au traitement préventif de la crise biliaire ou nuance de colique hépatique ; et j'ai eu à me féliciter des résultats obtenus pendant deux ou trois ans. A part quelques troubles nerveux accentués, allant jusqu'aux crises hystériformes, sa santé était passable. Le changement d'air, l'habitation à la campagne, un séjour sur le bord de la mer lui retrempaient un peu la santé, et finalement elle vivait moitié tranquille moitié tourmentée.

Mais depuis trois à quatre ans, la santé a été toujours en s'affaiblissant et les forces diminuaient considérablement, sans qu'aucun organe important parût spécialement affecté. Au retour des bains de mer de la dernière saison, où elle avait espéré retrouver des forces et de la vie, elle s'est trouvée plus affaiblie, plus amaigrie ; la marche lui est devenue tellement difficile, fatigante, qu'elle n'osait plus sortir. Elle avait des palpitations fréquentes, et la crainte de monter un escalier l'empêchait même d'aller voir ses parents ou ses amis. Elle éprouvait des douleurs dans les aines et dans les deux fosses iliaques, douleurs exaspérées dans la station debout, dans la déambulation et surtout dans l'acte de défécation, La menstruation, qui autrefois était assez régulière et sans autres troubles que des troubles nerveux ou une hémicranie avant ou après l'époque, est assez souvent précédée de douleurs dans le bas-ventre, dans les reins, et quelquefois suivie d'écoulement de sang abondant et prolongé.

Il y a souvent névralgie sacro-lombaire, névralgie intercostale, plus souvent unilatérale gauche, quelquefois bilatérale. Mais la névralgie la plus fréquente est la névralgie cervico-dorsale ou cervico-occipitale. Ces névralgies causent une telle torture que souvent cette pauvre malade a des hallucinations, et elle croit perdre la tête. Depuis trois semaines, elle est voûtée, repliée sur elle-même, ne pouvant se redresser, comme si l'épigastre collait à la colonne vertébrale, et ses jambes tremblotantes ne peuvent la porter. Le repos au lit ou sur une chaise longue est souvent nécessité par ces névralgies. Il est vrai que Mme Va... a eu des douleurs rhumatismales, et nous aimons à rattacher à cette diathèse cet état général de névrosisme. Il y avait longtemps, bien longtemps, que je n'avais eu l'occasion d'explorer l'utérus chez notre malade à qui je donnais des soins assez fréquents, pour

tous les troubles énumérés plus haut, quand, il y a trois mois, des douleurs assez vives aux approches des règles, dans les aines, les fosses iliaques et au sacrum, et une dyspepsie croissante appelèrent mon attention. La malade perdit beaucoup de sang, eut des crises nerveuses qu'il fallut calmer. Sur ses indications et d'après ses craintes d'un cancer de la matrice, je fus amené à une exploration directe, qui fut d'autant plus complète que je voulais m'assurer si l'intestin rectum n'était pas lui-même le siége de quelques désordres, ou s'il n'y avait pas quelque tumeur intra-pelvienne, tant l'amaigrissement était prononcé et la faiblesse grande. Tous les organes furent explorés, et la chose était d'autant plus facile, que les parois abdominales, flasques et dépressibles, permettaient de tout sentir par la palpation. Aucune grosseur, aucune tumeur ne put être découverte, et l'estomac lui-même ne présentait pas la moindre trace d'altération. Mais je pus, en revanche, constater une antéversion extrême et un peu oblique à droite. Je parvenais avec la palpation iléo-pelvienne et l'indicateur introduit dans le vagin, à préciser la mobilité de l'utérus, l'absence de brides et son redressement presque facile à l'aide de ces manipulations. Cette antéversion extrême une fois bien constatée, la malade m'avoua que, quand elle était debout, il lui semblait que le contenu de l'abdomen plongeait en bas comme un sac qui se vide, et que, pour éviter cette sensation pénible, elle portait, depuis quelques temps, une ceinture pour se serrer le ventre.

Après ces données acquises, je me demandai si cette antéversion était bien la cause de tous ces troubles nerveux protéiformes dont la malade souffrait tant, surtout depuis les trois dernières années, ou si, sur une organisation pareille, à aptitude névrosique, cette déviation n'avait fait que progressivement augmenter les acccidents. Quoi qu'il en fût, la malade était amaigrie, anémiée, plus nerveuse que jamais; toutes les fonctions étaient ou troublées ou perverties, et les fonctions digestives en mauvais état.

Je laissai entrevoir une tentative d'opération pouvant procurer au moins du soulagement, sinon une cure radicale de toutes ces névropathies. La malade et son mari caressaient avec plaisir cette idée, mais l'opération effrayait surtout la pauvre malade. Je n'insistai pas, mais l'idée était lancée : et, en présence de tant de souffrances et de désordres, un beau jour, sans que j'en eusse reparlé, sans que j'eusse même mis la moindre insistance, après que j'eus affirmé que l'opération était sans danger, l'opération fut décidée et remise après la prochaine époque, qui avait lieu le 18 décembre 1874.

Depuis huit jours les règles avaient cessé, quand le 31 je pratique l'opération. Mme Va... a beaucoup plus souffert des appréhensions durant l'attente que du manuel opératoire, c'est elle-même qui l'avoue en présence de son mari, une fois l'opération terminée. *Le mari* a assisté au manuel opératoire, il a chauffé et présenté lui-même les instruments incandescents.

La dernière menstruation avait été plus abondante encore que les précédentes, et Mme Va .., au moment de subir l'opération, se trouvait dans un état de faiblesse tel que, avec la frayeur qui l'avait saisie, elle avait cru qu'elle ne pourrait la supporter jusqu'au bout. Cependant elle résista mieux qu'une personne plus forte et plus vigoureuse. Après les pansements et l'application de glace sur le ventre, tout se passe bien, et les trois premières nuits un sommeil réparateur repose la malade.

Le quatrième jour, elle m'affirme qu'elle va avoir ses règles, ce qu'elle croit reconnaître à quelques douleurs péri et intra-pelviennes qui lui sont bien connues. Elle redoute cette nouvelle éruption menstruelle.

En effet, le 5, le sang reparaît, et je puis bien m'assurer pendant les deux premiers jours que ce sont des règles à répétition. Un certain malaise et beaucoup de frayeur, surtout de la part du mari, sont les seuls inconvénients que je puisse signaler.

Le 10, l'écoulement sanguin a diminué ; le 12, il a complétement cessé, et, trois jours après, malgré sa profonde faiblesse, la malade se lève un peu tous les jours. Le 25, elle a récupéré promptement l'appétit et a repris quelques forces. Le seul trouble nerveux qu'elle ait noté, c'est une hémicranie droite ayant coïncidé avec la fin des règles et ayant duré deux jours. Le 30 janvier, elle ne ressent absolument plus de névropathie nulle part, pas même la névralgie sacro-lombaire.

Le 1er février, je puis commencer les pansements tous les deux jours. L'état général s'améliore tous les jours, les forces reviennent, la station et la marche sont faciles, sans douleurs. La constipation, quoique moins rebelle, cause encore quelques ennuis à la malade. Elle a été soumise, dès avant l'opération, au phosphate de fer de Leras, à l'élixir à la coca de Roussy qui facilite les digestions, à une alimentation convenable, aux laxatifs.

Le 15, la cicatrisation est presque achevée. La menstruation s'est opérée le 7 sans trouble, et n'a eu que trois jours de durée. Toutes les névralgies ont disparu. La malade ne sent plus ce vide dans le ventre, ni les grandes douleurs accompagnant les évacuations.

Le 18, tout va parfaitement. Mme Va... a pu fatiguer tout le jour et supporter la fatigue. Ses membres inférieurs ont récupéré des forces. L'incurvation signalée de la colonne vertébrale a complétement disparu ; la malade marche franchement, droite et avec assurance.

L'utérus est redressé et le col reconstitué avec son épithélium de nouvelle formation. L'ouverture du museau de tanche est régularisée. Le 26, la guérison nous paraît radicale, et la transformation qui s'est opérée dans le caractère de la malade et dans les troubles fonctionnels concorde parfaitement avec le résultat obtenu sur l'utérus en déviation. La cessation de tous les troubles nerveux est un sûr garant que, si la déviation n'en était pas la cause directe et unique, elle jouait au moins un rôle capital, comme un appel à ces troubles divers et multiples.

Rien n'est plus saisissant que cette observation à laquelle j'ai dû donner le plus de détails possible sous le rapport des troubles des fonctions et de l'inervation. Troubles locaux, troubles dans les principaux organes de la nutrition ; troubles de la vie de relation ; enfin névropathies de toutes sortes, tout cela disparaît dans l'espace de cinquante-six jours, à mesure que l'utérus redressé rentre dans la plénitude de ses fonctions physiologiques. La nutrition, qui s'est reconstituée, a fait cesser la faiblesse, fait disparaître l'amaigrissement si considérable, les palpitations si fréquentes; en un mot, la malade a été transformée d'une façon absolue, et cette vie si misérable, si torturée autrefois, se présente maintenant à elle sous un jour riant. Est-ce assez concluant? Ce n'est pas à dire, pour cela, que cette femme, si éminemment nerveuse par tempérament, sera désormais garantie de toute atteinte nerveuse. Non, mais à coup sûr, une pareille transformation laisse présager qu'avec l'exercice de corps, une hygiène bien entendue, elle pourra retrouver les douceurs de la vie, qui depuis des annnées lui étaient étrangères.

Obs. XXXI.

RÉTROVERSION ; ANÉMIE ; GUÉRISON.

Mme T..., rue Neuve-des-Petits-Champs, actuellement, 4, rue du Marché-Saint-Honoré, est une grande jeune femme de 23 ans. Elle est très-maigre; sa constitution est peu forte. Elle nous paraît douée d'un tempérament à prédominance bilieuse.

Mariée à 19 ans, elle a eu un enfant quinze mois après. Ses couches ont été faciles, à son dire. Elle s'est levée le septième jour. Comme elle est dans le commerce, elle n'a pas nourri son enfant.

Son retour de couches, survenu après cinq semaines, a été caractérisé par une hémorrhagie de quinze jours de durée avec douleurs dans les reins et dans les fosses iliaques. A partir de ce moment, elle a eu ses règles deux fois par mois avec une durée de sept à dix jours, de sorte qu'elle ne restait jamais dix jours pleins sans voir le sang apparaître. Pendant deux mois,

son médecin lui a prescrit des injections émollientes, des cataplasmes de farine de lin sur le bas-ventre, le repos absolu, etc. Elle est allée ensuite passer trois mois à la campagne, où elle a reçu des soins d'un autre médecin sans trouver d'amélioration. Revenue à Paris, en septembre 1874, rien n'était changé dans sa position. Elle était beaucoup plus affaiblie par les pertes bi-mensuelles de huit à quinze jours de durée, par la perte de l'appétit et les douleurs continuelles dans les reins. Elle ne pouvait plus marcher, pas même se redresser.

Son parti était pris ; elle restait couchée tout le temps qu'elle perdait du sang, et se levait ensuite pour se tenir assise ou allongée dans son fauteuil sans pouvoir vaquer à quoi que ce fût de son ménage.

Fin septembre, ayant eu connaissance d'une malade que j'avais guérie, Mme T... réclame mes soins. Il y a maintenant seize jours qu'elle est dans le sang et qu'elle garde le lit sans se lever un instant. Je constate une rétroversion avec flexion du col recourbé sur la symphyse pubienne et un peu à gauche. Il y a encore des accidents de phlegmasie sub-aiguë, de métrite, dont les hémorrhagies sont une conséquence. Au toucher vaginal, le col paraît chaud et sensible. La pression sur le globe détermine des douleurs dans les reins. Je le fais mouvoir facilement et le déplace avec facilité, mais en causant des douleurs vives à la malade. Dans le court intervalle qui sépare les apparitions du sang, il se fait un suintement de muco-pus qui détermine un fort prurit à la vulve.

Cette malade a eu de la fièvre étant à la campagne ; elle est très-constipée. Elle est triste et abattue ; elle ne peut absolument marcher à cause des douleurs que détermine la marche et même la station debout.

Je la soumets pendant un mois au traitement de la phlegmasie sub-aiguë, et le 30 octobre, quand tous les accidents ont disparu, je pratique l'opération du redressement de l'utérus.

L'opération est bien supportée, les suites ne sont marquées par aucun accident. Mme T..., soumise au phosphate de fer de Leras, au sirop de quinquina et de gentiane par parties égales, à l'infusion de quassia amara, à de légères doses répétées d'huile de ricin, reprend rapidement de l'appétit et des forces. Fin novembre, elle peut déjà s'occuper de ses affaires tout en subissant les pansements locaux tous les deux jours. Fin décembre, la guérison est achevée. L'utérus a repris sa position. Il n'y a absolument plus aucune douleur, la marche peut se faire des heures entières sans fatigue, la gaîté est revenue. En un mot, cette malade nous déclare qu'elle se porte aussi bien qu'avant son mariage. Depuis l'opération, elle a eu trois fois ses règles ; le 7 novembre, elles ont duré encore huit jours pleins, mais sans être précédées de douleurs.

Le 5 décembre, trois jours de durée seulement, et le 2 janvier 1875 deux jours pleins et un jour faible. C'est la menstruation de la jeune fille avant son mariage.

Nous avons eu ici, à coup sûr, une rétroversion résultant de phlegmasie sub-aiguë. On peut suivre les choses pas à pas. Après un accouchement facile la malade se lève au sixième ou septième jour et travaille. Environ un mois après, retour de couches précédé et suivi de douleurs qui n'ont jamais cessé, tout en variant d'intensité. Les époques bi-mensuelles ne sont pour nous que des hémorrhagies avec intermittences résultant de la phlegmasie utérine. La rétroversion nous semble avoir été principalement déterminée par cette phlegmasie ayant envahi tous les tissus utérins, ou au moins avoir été augmentée, en supposant que la rétroversion ait résulté d'abord de l'action de se lever le sixiéme ou le septième jour des couches, par suite d'arrêt de la régression.

Obs. XXXII.

RÉTROFLEXION ; ENGORGEMENT DE LA PARTIE POSTÉRIEURE DU COL ET DE LA LÈVRE POSTÉRIEURE ; GRANULATIONS MAMELONNÉES DU MUSEAU DE TANCHE ET DANS LE CANAL CERVICAL ; LEUCORRHÉE TRÈS-ABONDANTE ; GUÉRISON.

Mme S..., 42, faubourg Saint-Honré, 30 ans, a eu un enfant à 26 ans. Rétroflexion suite de couche. Dysménorrhée depuis l'accouchement, ménorrhagie à chaque époque ; débilitation considérable, état nerveux prédominant et fortement troublé ; crises hystériques, impuissance à la marche à cause de douleurs aux aines et du bas-ventre, surtout aux approches des règles ; perte d'appétit, dyspepsie, constipation. Opération le 20 octobre 1869, guérison radicale. Retour de l'embonpoint et des forces, disparition de la dysménorrhée et de la ménorrhagie ; cessation des troubles nerveux. Revue souvent ; la dernière fois en 1874. La guérison se maintient.

Si les déviations et les flexions, même extrêmes, ne causent jamais la mort ; si elles peuvent être améliorées par les traitements qui tendent à dissiper les phlegmasies chroniques qui les accompagnent ou les ont précédées, elles n'en sont pas moins une gêne constante dans

la vie des malades, une source de troubles fonctionnels locaux et généraux, un appel constant à des lésions consécutives et à des désordres sérieux. En outre, il reste absolument démontré qu'elles peuvent être, et sont dans quelques cas, un obstacle invincible à la fécondation.

Il ressort donc que, si quelques déviations peuvent être supportables, en raison de leur faible degré ou de l'absence de phlegmasie chronique concommittante; que si les mêmes déviations ne sont qu'un obstacle relatif à la fécondation, obstacle dont à force d'adresse on peut venir à bout, et que, pour tous ces motifs, on puisse les abandonner à elles-mêmes, il en est d'autres où l'art doit intervenir activement pour les faire disparaître. Les femmes qui en sont atteintes sont les premières à demander son intervention, tant, à un certain moment, la vie leur est insupportable.

Voici maintenant un exemple fort remarquable d'une antéversion probablement fort ancienne, qui a, sans contredit, joué un rôle fort important dans le développement et la succession des phénomènes nerveux étranges et multiples auxquels la malade a été soumise.

Cette antéversion pourrait peut-être bien remonter à l'avortement qui a eu lieu dès les premières années de mariage, car l'origine des troubles nerveux remonte à peu près à cette époque. En outre, la malade n'a jamais plus eu d'autre grossesse, et l'antéversion pourrait bien avoir été un obstacle constant à la fécondation.

Quoi qu'il en soit, cette malade avait subi des traitements fréquents et prolongés sous la direction de plusieurs médecins. Les phénomènes nerveux, amendés par moments, reprenaient plus d'activité ensuite et s'aggravaient. Moi-même, je l'ai soignée six ans; à force de

patience et de tâtonnements, j'étais parvenu à obtenir une grande amélioration. Mais il a fallu, malgré la maturité de l'âge de la malade, arriver à opérer et guérir l'antéversion, pour voir se dissiper enfin tous ces désordres fonctionnels qui, par moments, avaient inspiré les plus grandes inquiétudes.

Obs. XXXIII.

Antéversion ancienne.

Mme R..., place de la Madeleine, 48 ans, grande et forte en apparenee, a eu depuis quinze ans les troubles nerveux les plus étranges, avee attaques fréquentes d'hystérie ; n'a jamais eu d'enfant; prétend avoir avorté à trois mois, deux ans après son mariage, à 20 ans. Soignée par moi depuis six ans pour ses troubles nerveux protéiformes, et très-grandement améliorée. Fréquentes propositions de l'opérer de son antéversion ; refus eonstant par crainte d'aecidents. Cette dame est très-pusillanime en raison de sa position de fortune et des troubles nerveux auxquels elle a été si longtemps soumise. Elle finit enfin par se déeider.

Opération de l'antéversion en novembre 1875, guérison le 1er mars. Avec la guérison de l'antéversion toutes les erises nerveuses ont complétement eessé et des diverses névropathies il ne reste plus que quelques rares atteintes qui semblent être le résultat de rhumatisme musculaire ou aponévrotique.

Obs. XXXIV.

Rétroversion; engorgement fibroïde a la partie postérieure du col; opération; guérison.

Mme R..., aubergiste à Palaiseau, atteinte de rétroversion aneienne avee intumeseence fibroïde de la partie postérieure du eol; 40 ans, a eu une seule eouehe, il y a quatorze ans ; depuis dix à onze ans, ménorrhagie, douleur dans l'aine droite et à la région saero-périnéale ; a toujours bien supporté son mal malgré les fatigues que lui cause son 4tablissement; mais survient une ovarite gauehe qui l'oblige à s'aliter (1868). Appelé à lui donner des soins, je combats et triomphe de l'ovarite (traitement de trois mois). Dans cet intervalle, je eonstate une rétroversion qui semble dater de très-loin, d'après le commémoratif. Je eonstate également que la partie postérieure du eol présente une intumescence jusqu'à la jonetion avee le globe, eette intumescence se poursuivant sur la lèvre postérieure et déprimant le méat eervical. Le eathétérisme peut être exercé, mais en longeant tout

le canal cervical. Je constate également que cette intumescence fibroïde occupe toute l'épaisseur de la partie postérieure du col. Opération proposée et acceptée, remise après disparition complète de tous les accidents causés par l'ovarite.

L'opération est pratiquée le 7 mars 1869.

Fin mois, guérison complète de la rétroversion et de l'engorgement fibroïde du col. La menstruation se fait normalement et sans douleur; toute souffrance habituelle a disparu. J'ai pu constater à trois reprises différentes, en 1873, 1874 et 1875, que cette guérison se maintient intégrale, car cette malade est revenue me consulter plusieurs fois ces années-là, notamment en 1875, où je l'ai vue trois fois pour une hémiplégie gauche, suite de coup de sang.

Obs. XXXV.

RÉTROFLEXION ; OPÉRATION ; GUÉRISON RADICALE SE MAINTENANT DEPUIS NEUF ANS.

Mme C..., charbonnière et marchande de vins, avenue Saint-Ouen; petite, brune, bien constituée, deux enfants; dernière couche il y a quatre ans. Depuis ce temps a perdu des forces et éprouve des douleurs dans le bassin, au siége. Les époques sont irrégulières; elle perd beaucoup chaque fois, et après des douleurs plus ou moins prolongées dans les reins; me consulte en 1867. Je constate une rétroflexion très-prononcée avec engorgement de la face postérieure du col.

Traitement général et repos pendant un mois, l'opération étant décidée.

Le 13 octobre, l'opération est pratiquée. La malade garde le lit pendant un mois complet à la suite. Le 20 décembre, guérison radicale de la rétroflexion et de tous les accidents qu'elle suscitait.

Mme C... s'est toujours bien portée depuis, et j'ai pu m'assurer en 1875 (novembre) que le col reste redressé et bien conformé.

Obs. XXXVI.

ANTÉVERSION; OPÉRATION; GUÉRISON.

Mme Sa..., avenue du Roi de Rome, 34 à 35 ans, d'une excellente constitution, douée d'une grande activité, a eu deux enfants; le dernier a 15 ans; s'est toujours bien portée jusqu'en 1867. A cette époque elle éprouve de la gêne dans le bas-ventre avec quelques douleurs aux aines, et des envies fréquentes d'uriner dans le jour; elle supporte peu la fatigue, tandis qu'elle était occupée très-activement autrefois et qu'elle se livrait à des exercices corporels. Consulté par elle en 1868, au mois d'avril, je constate une antéversion avec léger engorgement du col sur la face antérieure; opération le 16 du même mois; guérison radicale fin juin. Cette guérison s'est maintenue jusqu'en 1873; à cette date, cette dame, que j'avais perdue de

vue depuis trois ans, n'avait plus rien ressenti, avait joui d'une excellente santé et de la plénitude de ses forces, lorsqu'à la suite d'une très-grande violence elle éprouva de très-graves accidents.

C'est la même malade qui fait le sujet de l'observation XLIX (subversion complète de l'utérus).

Obs. XXXVII.

RÉTROVERSION DE DIX-HUIT MOIS DE DATE; OPÉRATION; GUÉRISON.

Mme A..., rue Turbigo, 23 ans, mariée à 19 ans; bonne constitution, a eu un enfant à 21 ans; couches naturelles; hémorrhagie post-puerpérale; convalescence longue, passée à la campagne; elle n'a plus recouvré ses forces. A la campagne, le médecin a prescrit le repos, des injections, des cataplasmes de farine de lin. Rentrée à Paris, elle ne peut, depuis cette époque, marcher librement et longtemps à cause de douleurs dans le bassin et les aines, de la faiblesse des jambes et de la pesanteur au siége. Constatation de rétroversion par la sage-femme qui a accouché la malade.

Le 13 mars 1871, constatation par moi de la rétroversion; opération le 30 suivant, sur la demande de la malade; guérison complète fin mai.

La guérison se maintient et la malade jouit d'une excellente santé. Je la revois souvent.

Obs. XXXVIII.

RÉTROVERSION MAINTENUE IRRÉDUCTIBLE PAR DES ADHÉRENCES SOLIDES, COMPLIQUÉE DE RÉTROFLEXION; OPÉRATION; GUÉRISON DE LA RÉTROFLEXION.

Mme Ju..., 32 ans, forte, belle constitution, marchande de vin, tenant hôtel garni à Batignolles. Primipare; accouchée il y a sept ans. Couches pénibles; douleurs d'abord lentes, puis rapides et violentes; accouchement terminé naturellement: a eu, d'après ce qu'elle raconte, une péri ou pelvi-métrite qui faillit la tuer et qui la cloua plus de quatre mois au lit. Depuis cette maladie, dont la convalescence a été fort longue, quoique ayant récupéré une apparence de santé générale, elle n'a jamais pu travailler activement et a été sujette à des accidents presqu'en tout semblables à ceux du sujet de l'observation précédente. En novembre 1873, je constate une rétroversion irréductible, maintenue par des adhérences solides, le col fortement infléchi, le museau de tanche en avant et en haut, c'est-à-dire en rétroflexion; granulations à l'orifice et écoulement muco-purulent.

Opération le 8 décembre suivant, dans le but de redresser le col et de guérir la phlegmasie catarrhale chronique. Le 30 février 1874, tout est bien cicatrisé, mais l'opération n'a donné que le résultat qu'on pouvait

espérer : redressement du col, guérison des épyphénomènes. La malade est restée grandement soulagée.

Obs. XXXIX.

RÉTROVERSION ANCIENNE, IRRÉDUCTIBLE PAR SUITE D'ADHÉRENCES ; GRANULATIONS ; PHLEGMASIE CATARRHALE CHRONIQUE DU CONDUIT CERVICAL ; COL INFLÉCHI EN AVANT ET EN HAUT ; OPÉRATION, DEMI-SUCCÈS.

Mme Z..., 40 ans, femme d'un loueur de voitures, avenue Saint-Ouen, a eu quatre enfants, la dernière couche il y a six ans ; pelvi-métrite après cette dernière ; durée de la maladie ou de la convalescence, six mois ; depuis lors elle a toujours été sujette aux accidents suivants : pesanteur à l'anus, douleurs inguinales et dans le bassin irradiant aux cuisses, gêne dans la marche, faiblesse considérable des extrémités inférieures ; ne peut supporter la fatigue. Dysménorrhée qui oblige la malade à s'aliter deux ou trois jours pendant l'évolution menstruelle. Cette femme est considérablement amaigrie, ce qui s'explique par les reliquats de la maladie et les grandes fatigues qu'elle est obligée de subir malgré sa quasi-impuissance. La constipation est telle que, souvent, trois et quatre lavements successifs ne peuvent provoquer d'évacuation.

Vue par moi, en avril 1873, je constate une rétroversion très-tranchée, sans abaissement du globe utérin, le col infléchi en haut et en avant avec granulations sur le museau de tanche, et écoulement abondant de muco-pus provenant de la cavité cervicale dont le cathétérisme permet de parcourir le canal jusqu'à l'orifice interne comprimé par la flexion oblique. Toutes les tentatives de déplacement du globe restent inutiles. Il est solidement fixé en rétroversion par des adhérences de vieille date.

L'opération pratiquée fin avril courant n'a eu d'autre résultat que de guérir l'inflexion du col, la phlegmasie catarrhale chronique et les granulations qui en étaient la conséquence. Les souffrances de la malade ont diminué en partie, mais elle est toujours gênée pour son travail qui nécessite de la force, de la persistance et souvent la privation du sommeil.

Obs. XL.

RÉTROVERSION ; PETIT POLYPE FAISANT SAILLIE A L'ORIFICE DU MUSEAU DE TANCHE, AYANT SON INSERTION A LA FACE POSTÉRIEURE DU CANAL ; MÉNORRHAGIE ; LEUCORRHÉE ABONDANTE ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

Mlle S..., rue Louis-le-Grand, employée dans un magasin de nouveautés, 32 ans, brune, bien constituée, n'a jamais eu de couche à terme. Avortement, il y a six ans, au 4e mois. A été longtemps à se rétablir, a dû partir dans son pays où elle est restée près d'une année pour récupérer ses forces.

Est revenue à Paris, où elle a repris ses occupations dans le magasin où elle était auparavant ; elle a pu toujours travailler depuis ce temps-là,

mais en supportant quelques douleurs dans les reins, et éprouvant une grande lassitude le soir.

Depuis dix-huit mois, elle perd beaucoup de sang à ses époques, et, quelquefois, il en paraît dans l'intervalle. C'est ce qui l'a fait me réclamer mes soins par l'intermédiaire d'un ami.

Constatation d'une rétroversion et d'un polype muco-fibreux qui obstrue l'orifice externe, d'une couleur rouge cerise et à surface grenue framboisée; le cathétérisme permet de préciser son attache à la face postérieure du col en arrière de la lèvre ; il saigne facilement et paraît avoir le volume d'une olive.

Opération le 7 août 1873; l'opération commence par l'excision du polype avec des ciseaux et la cautérisation de la surface où a porté l'excision, avec un ténotome spatule au rouge-cerise, et de toute la cavité cervicale avec un cautère cylindrique; puis l'opération de la rétroversion est faite. Fin octobre, guérison radicale qui a toujours persisté depuis, sans repullulation de polype.

Obs. XLI.

ANTÉPLEXION; CRISES HYSTÉRIQUES ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

Mme Be...., rue de Lancry, 33 ans, blonde, lymphatique, a eu un enfant il y a dix-huit mois ; avortement au quatrième mois. Devenue hystérique depuis ; antéflexion oblique droite, constatée le 10 avril 1873 ; phlegmasie catarrhale chronique ; traitement général un mois, puis opération ; guérison complète, qui se maintient.

Obs. XLII.

ANTÉFLEXION ; ÉROSION ; GRANULATIONS AU MUSEAU DE TANCHE ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

Mme N..., 39 ans, rue Lamartine, souffre depuis trois à quatre ans, et les souffrances, surtout au moment des règles, ont été en augmentant. Depuis six mois surtout, elle ne peut plus suffire à son commerce, tant la fatigue, la gène et la marche sont pénibles. Constipation, dyspepsie, état nerveux surexcité. Elle a maigri depuis quelque temps ; ménorrhagie. A eu deux enfants, le dernier il y a 11 ans ; n'avait eu aucun accident à la suite des couches et s'était bien portée les sept années qui ont suivi la deuxième couche. Me consulte en avril 1874. Après constatation de l'antéflexion, opération le 20 avril. Guérison le 18 juin, retour complet de la santé et des forces. La guérison ne s'est pas démentie.

Obs. XLIII.

RÉTROVERSION SIMPLE DE DATE RÉCENTE ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

Mme Vor..., rue Castellane, 39 ans, deux couches heureusement terminées,

la dernière il y a dix ans ; s'est toujours parfaitement bien portée, jusque il y a cinq mois ; rétroversion reconnue et constatée le 11 août 1871 ; opération le 13 ; guérison le cinquantième jour. La guérison se maintient, la malade a été revue encore ces jours derniers.

Obs. XLIV.

ANTÉVERSION OBLIQUE GAUCHE ; ENGORGEMENT PHLEGMASIQUE DE LA FACE ANTÉRO-LATÉRALE GAUCHE DU COL ; STÉRILITÉ ; OPÉRATION ; GUÉRISON ; DEVENUE ENCEINTE QUATRE MOIS APRÈS.

Mme V..., boulevard de Ménilmontant, 23 ans, mariée depuis six ans, constitution moyenne, lymphatique, nerveuse, n'a jamais eu de grossesse. Réglée à 15 ans, a eu du mal à être réglée. Une fois la menstruation établie, il n'y a jamais eu de retard ; au contraire, les époques ont toujours devancé un peu. Etant demoiselle, ses époques étaient constamment précédées de douleurs dans le bas-ventre, de coliques utérines, douze à vingt-quatre heures avant. Depuis le mariage, la santé a été toujours à peu près bonne ; les quatre premières années n'ont été marquées par aucun accident.

Depuis deux ans, les douleurs de bas-ventre ressenties avant le mariage ont reparu avant chaque époque et se sont accompagnées de douleurs sourdes dans les cuisses. Dans l'intervalle des règles, il reste toujours un malaise, de la lassitude, surtout le matin en se levant. Il y a des flueurs blanches en abondance. La malade a maigri d'une façon notable ; elle est un peu décolorée ; elle éprouve des douleurs erratiques, tantôt à la nuque, tantôt au sternum ; elle s'essouffle aisément. Les poumons et le cœur sont en bon état. Elle est soumise au protochlorure de fer de Rabuteau, aux infusions amères de gentiane, ou de houblon.

Opération le 19 juin 1874.

Section supérieure transverse à la jonction du col avec le globe, en avant et un peu à gauche, atteignant la couche musculaire moyenne. Section parrallèle à celle-ci à 1 centimètre de la lèvre antérieure et troisième section transverse entre les deux autres, à égale distance des deux. Deux incisions longitudinales en ellipse, sur la même surface, allant de la transverse supérieure à l'inférieure ; puis abrasion des tissus intermédiaires à ces deux dernières dans une épaisseur de 3 millimètres environ.

Une fine langue de carpe cautérise l'ouverture cervicale externe, puis un cautère à marteau est appliqué sur les deux lèvres pour détruire la membrane de revêtement un peu granulée.

Pansements comme d'usage et glace sur le bas-ventre. Pas le moindre accident consécutif. Le 15 juillet, les plaies résultant des eschares sont en pleine voie de guérison et l'utérus est déjà redressé. La malade se lève depuis dix jours.

Le 20, trente et un jours après l'opération, la malade a repris de la vigueur, s'occupe de ses affaires activement et ne se plaint d'aucune gêne.

L'utérus est redressé. Guérison radicale en août. Devenue enceinte en novembre, elle avorte quatre mois après, à la suite d'une chute sur les reins. La guérison a eu lieu définitivement le cinquante-sixième jour. La malade a été revue plusieurs fois depuis (la dernière le 10 juin 1876) et la guérison persiste.

Obs. XLV.

Rétroversion ; commencement de grossesse ignorée au moment de l'opération ; opération ; guérison ; accouchement a terme d'un enfant bien portant.

Mme Bert..., rue du faubourg Montmartre, 27 ans, brune, grêle, bilieuse, nerveuse, mariée depuis sept ans, a eu trois enfants tous vivants. Le plus jeune a dix-huit mois ; vingt mois après la deuxième couche, terminée au forceps et suivie de quelques accidents du côté de l'utérus qui ont nécessité une médication active et un repos d'un mois et demi au lit, Mme Bert... se plaignait de pesanteur au siége, d'endolorissement dans les aines avec une certaine faiblesse des extrémités inférieures, de fleurs blanches très-abondantes et de prolongation démesurée des règles (sept à huit jours à chaque époque) ; avec cela : fréquentes palpitations, névralgies intercurrentes, tantôt céphaliques, tantôt thoraciques. Je soigne la malade depuis quinze ans, quand elle était jeune fille encore. Je connais donc parfaitement sa constitution. C'est moi qui l'ai accouchée trois fois.

Les poumons, le cœur et tous les organes sont sains, malgré son état habituel de maigreur, et, jusque-là, elle a pu suffire à la tête de sa maison de commerce et à toutes les fatigues de mère qui garde ses enfants chez elle et veille à leurs soins.

Après examen minutieux et précis, constatation d'une rétroversion avec léger engorgement de la partie postérieure du museau de tanche et phlegmasie catarrhale chronique de la cavité cervicale, dont les bords du méat et l'ouverture cervicale externe sont couverts de granulations. La malade est soumise à un traitement d'un mois de durée, au bout duquel l'opération sera pratiquée. Ceci se passait en octobre 1873.

Ce n'est que le 15 décembre suivant que l'opération peut être pratiquée. Il y a seize jours que la malade a eu son éruption menstruelle.

Je l'opère donc le 15. L'opération de la rétroversion est suivie de cautérisation du canal cervical et du museau de tanche en vue de guérir complétement la phlegmasie catarrhale chronique.

Fin février suivant tout est parfaitement guéri et la malade a récupéré la santé et ses forces habituelles. Cependant elle a encore beaucoup de fleurs blanches, bien que le museau de tanche et l'orifice externe soient en parfait état. Mais Mme Bert... n'a pas encore ses règles depuis la dernière fois, c'est-à-dire seize jours avant l'opération. La grossesse suit son évolution normale et Mme Bert... accouche exactement à terme. C'est moi qui

fais l'accouchement, qui se termine naturellement. Les suites sont excellentes et la malade se lève le vingtième jour. Elle se serait levée plus tôt si je ne l'en avais empêchée. D'après tous les calculs et les aveux de la malade, il y avait forcément conception avant l'opération. L'opération n'a donc nui en rien à l'évolution de cette troisième grossesse, puisque non-seulement l'accouchement s'est fait à terme, mais qu'il s'est terminé naturellement, tandis que j'avais dû faire une application de forceps pour terminer l'accouchement précédent.

Obs. XLVI.

Rétroversion ; prolapsus avec invagination.

Mme X..., femme d'un confrère de la province, 28 à 30 ans, brune, de petite taille, mais bien constituée, a une fille de 9 ans ; c'est la seule grossesse qu'elle ait eue ; accouchement normal et suites régulières.

Le mari, ayant constaté une rétroversion et attribuant à cette déviation l'absence de grossesse, désireux, d'ailleurs, d'avoir un autre enfant, m'adressa sa femme pour subir l'opération.

Mme X... n'a d'autres troubles et symptômes qu'une douleur sacro-rectale qui l'empêche de fatiguer et qui augmente quelques heures avant et pendant les quelques premières heures de l'écoulement des menstrues. Toutes les autres fonctions s'exécutent bien.

Après constatation d'une rétroversion avec prolapsus et pli postérieur résultant du doublement de la paroi vaginale correspondante sur elle-même, une augmentation de volume du globe et du col dont la lèvre postérieure est hypertrophiée au point de former une grosseur déprimant le méat, et une déchirure de la commissure droite, l'opération est pratiquée le 25 octobre 1875.

Le 15 novembre, toutes les eschares étant détachées, la rétroversion déjà redressée et toutes les parties hypertrophiées en voie de dégorgement, la malade, se trouvant très bien, est désireuse de retourner auprès de son mari, qui exécutera les pansements. Part le 17.

Obs. XLVII.

Antéversion, cystite du col consécutives a un avortement ; opération ; guérison.

Femme Jos..., cuisinière, 30 ans, constitution moyenne, ayant eu déjà un rhumatisme articulaire aigu pour lequel je lui ai donné des soins.

Mariée depuis sept ans, a eu une couche naturelle, il y a cinq ans. Deuxième grossesse, il y a huit mois. Avortement au troisième mois.

Depuis lors, malaise, impossibilité de travailler, douleur au bas-ventre et dans les reins, surtout à gauche ; pesanteur à la vulve, envies fréquentes d'uriner nuit et jour ; mixtion accompagnée de douleur à la fin et

qui détermine des envies d'uriner encore. Cinquante mixtions dans le jour, une dizaine la nuit. Peu d'urine rendue chaque fois. Je la vois le 13 octobre 1875. Constatation d'antéversion avec refoulement de la vessie, notamment à gauche. Pendant un mois, la cystite du col est combattue. Opération de l'antéversion le 20 novembre. Fin février, guérison radicale.

Obs. XLVIII.

RÉTROVERSION DE CINQ A SIX MOIS DE DATE ; DÉCHIRURE DE LA COMMISSURE GAUCHE ; PHLEGMASIE CATARRHALE CHRONIQUE DU CONDUIT CERVICAL ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

Mme G. C..., avenue du roi de Rome, 22 ans. Aménorrhéique jusqu'à 16 ans, et chlorotique au suprême degré, a fini par être réglée à la suite d'une fièvre typhoïde grave, en Belgique, durant le siége, et après des préparations ferrugineuses données par un médecin de Bruxelles.

Mariée en 1872, elle est devenue grosse peu de temps après. Elle accouchait à Toulon, où son mari, officier supérieur, se trouvait de passage pour les colonies. A eu des attaques d'éclampsie durant cette couche, et l'accouchement a été terminé sans qu'elle en eût conscience. — Convalescence longue, pénible. Départ ensuite pour les colonies (Cayenne). Séjour de deux ans dans les colonies, où, sous l'influence du climat si meurtrier pour les Européens, Mme G. C... se rétablit complétement, et acquit une santé florissante qui a persisté un an après sa rentrée en France.

En 1875, à Paris, dans sa famille, retour de la chlorose et de tous les phénomènes nerveux auxquels elle avait été sujette autrefois. Une station balnéaire et les préparations ferrugineuses ont modifié avantageusement sa santé, sans que la guérison fût complète.

A propos de faiblesses dans les extrémités inférieures, d'accidents dysménorrhéiques, d'une pesanteur incommode au siége, etc., Mme G. C... se fait visiter par une sage-femme, qui constate une rétroversion bien accusée, et rapporte les accidents à cette déviation utérine. — La malade attribuait cette rétroversion à l'usage un peu immodéré du cheval.

En février 1876, elle est atteinte de pleurésie gauche avec fièvre. Elle croyait que la douleur ressentie était le résultat de la rétroversion, et réclamait mes soins à ce sujet.

Après avoir reconnu la pleurésie droite, je m'abstiens de tout autre examen pour le remettre après guérison. Un mois après, je pouvais constater, à mon tour, la rétroversion et établir la corrélation de la plupart des phénomènes nerveux ou troubles organiques auxquels la malade était sujette depuis quelque temps.

Opération le 10 avril.

Voici les phénomènes saillants au moment de l'opération : Dyspepsie, appétit bizarre et généralement diminué; céphalalgie fréquente attribuée à la migraine; palpitations incessantes sans altération du cœur ou des gros

vaisseaux ; — constipation, douleurs aux aines, pesanteur avec sensibilité au siége, exaspérée à tel point, aux approches des règles, que la malade garde le lit.— La marche est pénible et ne peut être supportée plus d'une demi-heure; exaltation nerveuse, irascibilité dans le caractère, crises hystériformes, sans aller jusqu'à la vraie attaque.

Toutes les odeurs fortes déterminent des spasmes ou un état semi-syncopal. — Enfin, elle ne peut actuellement presque pas marcher à cause de la gêne ou des douleurs ressenties dans les aines, le bas-ventre ou le siége, et la voiture est mal supportée parce qu'elle réveille encore davantage ces douleurs. Elle accuse des flueurs blanches de plus en plus abondantes. Elle a entendu parler des opérations que j'ai pratiquées; elle a eu connaissance de guérisons radicales obtenues par ma méthode. Elle réclame donc l'opération avec fermeté, et son mari est du même avis, quoique j'aie assuré que cette infirmité ne compromettrait jamais son existence et qu'un bon pessaire pourrait faire disparaître la majeure partie de ses souffrances, en maintenant l'utérus en meilleure position. — Mais Mme G. C..., qui a 22 ans, refuse ces moyens palliatifs, et l'opération réclamée est pratiquée.

La malade est tenue au lit ensuite, pendant quinze jours, jusqu'à la chute des eschares, avec les soins consécutifs habituels, pour qu'elle ne soit exposée à aucun accident, eu égard à sa très-grande susceptibilité nerveuse. Le vingtième jour de l'opération, je commence les pansements habituels. Mme G. C... n'a rien éprouvé de particulier, tout s'est passé régulièrement et elle marche assez librement depuis deux jours.

Le 5 juin, la guérison est complète; l'utérus est parfaitement redressé, et l'épithélium nouveau recouvre toutes les surfaces incisées; la déchirure est cicatrisée et le méat cervical est régulièrement constitué. Dès la deuxième menstruation, survenue le 24 mai, tous les accidents avaient disparu, aussi bien ceux de dysménorrhée que tous les troubles nerveux de retentissement auxquels la malade était sujette. L'appétit et les forces sont revenus. Mme G. C... avait été soumise, dès le début, et même avant l'opération, au traitement général.

Après avoir fait des courses de toutes sortes dans Paris et hors Paris, à pied et en voiture; après avoir supporté, sans trouble aucun, toutes les fatigues que nécessitent les préparatifs d'un grand voyage, elle part en parfaite santé pour Brest, le 10 juin, pour, de là, retourner avec son mari dans les colonies.

Cette cure a été si belle, si prompte, si remarquée, que la femme du frère de Mme G. C..., habitant le même hôtel qu'elle, suivant pas à pas avec la mère toutes les phases de l'opération et des suites, se décide immédiatement, elle aussi, à se faire opérer, toute jeune

qu'elle est (21 ans), d'une antéversion, et que sa belle-mère, que j'ai opérée, il y a huit ans (Obs. XXXVI), qui est en ce moment atteinte d'une subversion complète de l'utérus avec adhérences solides, appuye fortement sa décision. Je rapporte l'histoire de cette jeune dame à la fin de ce chapitre.

Voici cette nouvelle observation de Mme S... mère à la suite de celle de Mme G. C..., sa fille.

Subversion utérine, ou chavirement complet de l'utérus avec déplacement des parois vaginales et de la vessie.

La subversion de l'utérus, c'est le renversement total et complet de l'utérus en sens tout à fait contraire à sa position normale. Dans la subversion, le globe renversé présente son bas-fond à la base du vagin, un peu à droite ou à gauche; le museau de tanche est tourné en haut, en arrière du pubis, et occupe le sommet ou la voûte nouvelle du vagin, l'ancienne voûte ayant été entraînée, la partie antérieure en arrière et un peu de côté, la postérieure en avant et du côté opposé. J'ai beaucoup lu, beaucoup compulsé d'ouvrages ou de mémoires spéciaux, et je n'ai trouvé décrite nulle part cette subversion utérine maintenue bridée par des adhérences solides; mais, puisqu'il s'en présente un cas à ma pratique, il est probable que d'autres en auront rencontré, ou peut-être même auront décrit ce genre de déviation immobilisée sans que j'en aie eu connaissance; car on ne peut pas tout savoir, comme cet aphorisme nous l'indique : *Nihil novum sub sole.*

Quoi qu'il en soit, je vais donner la description détaillée de ce cas si extraordinaire, et cela avec d'autant plus de précision qu'il se présente sur une dame que j'ai opérée d'une antéversion avec le plus grand succès, il y a huit ans (Obs. XXXVI).

Obs. XLIX.

SUBVERSION DE L'UTÉRUS.

Mme S... a aujourd'hui 44 ou 45 ans; c'est une femme robuste, bien proportionnée; douée d'une grande activité.

En 1867, elle avait une antéversion qui la gênait beaucoup. Je l'opérai et obtins une guérison solide. Jusqu'en 1874 elle s'était bien portée; cette année-là, il y a aujourd'hui environ deux ans, elle avait déjà éprouvé des douleurs plus ou moins vives avec ménorrhagie, à plusieurs reprises, lorsqu'un jour, en jouant avec sa belle-fille, jeune femme de 17 à 18 ans, qui venait de se marier, et cherchant à la relever de terre par un effort suprême de bas en haut et d'avant en arrière, elle éprouva une douleur subite et violente dans le bas-ventre et dans les aines. Cette douleur persista et nécessita des soins assidus pendant quelques jours. Au milieu de ces souffrances survint une métrorrhagie considérable d'une quinzaine de jours de durée, et qu'un confrère, appelé pour soigner la malade, dut maîtriser. Avec le calme, le repos absolu pendant un ou deux mois, et des soins assidus, Mme S... se trouva débarrassée d'une partie de ses souffrances, et put s'occuper un peu de ses affaires. La menstruation qui suivit la perte fut de nouveau précédée de douleurs et occasionna une perte de sang un peu moins considérable, et chaque menstruation détermina ensuite ou fut suivie pendant trois mois de pertes de sang assez fortes.

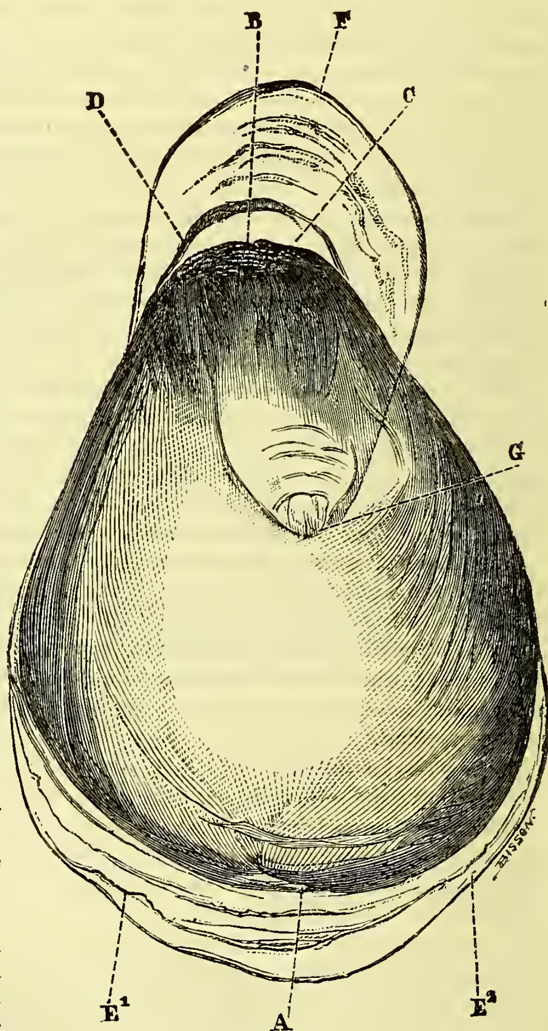
Cinq à six mois s'étaient écoulés depuis le début de l'accident, quand Mme S..., qui avait toujours conservé des souffrances et s'était trouvée affaiblie, eut une nouvelle métrorrhagie tellement violente et menaçante, que M. Verneuil fut appelé en consultation par le médecin traitant.

On fut encore une fois maître du sang; mais la malade, si robuste primitivement, se trouva dans une telle dépression, qu'il lui fallut trois mois pour se remettre.

Bref, en février dernier (1876), j'étais appelé par sa fille pour une rétroversion que j'opérai plus tard et guéris; alors Mme S... me raconta toute son histoire telle que je viens de la relater. Elle raconta qu'il lui arrivait souvent, surtout durant la nuit, de ne pouvoir uriner et d'être obligée de s'y prendre à diverses reprises; elle aurait même eu besoin plusieurs fois qu'on exerçât le cathétérisme.

Je fus prié par elle de lui donner des soins; Mme S... ajouta que les confrères qu'elle avait appelés pour les douleurs violentes de début, comme pour les hémorrhagies graves dont elle avait été atteinte, n'avaient jamais exploré directement l'utérus. Il m'a fallu bien des séances et des examens directs, variés, avec diverses positions données à la malade, pour bien préciser ce cas singulier de subversion complète de l'utérus.

FIGURE REPRÉSENTANT LA SUBVERSION COMPLÈTE DE L'UTÉRUS HYPERTROPHIÉ ET SOLIDEMENT FIXÉ PAR DES ADHÉRENCES A L'INTESTIN RECTUM ET AU PETIT BASSIN.



A Bas-fond utérin appliqué sur le rectum, obliquant un peu à gauche.

B Col utérin directement en haut.

C Lèvre postérieure du col, atteinte d'hypertrophie fibroïde, devenue antérieure et au ras de la voûte vaginale postérieure ramenée en avant et tendue. Toute la paroi postérieure du vagin s'étalant sur la face postérieure de l'utérus devenue antérieure.

D Lèvre antérieure du col, devenue postérieure, paraissant amincie pour recevoir au contact la lèvre postérieure devenue antérieure.

E E Paroi vaginale postérieure formant prolapsus à la fourchette, pour s'étaler en avant jusqu'au col, au-devant de l'utérus.

F Vessie tiraillée, formant bissac, le fond entraîné derrière la face antérieure du col, devenue postérieure.

G Méat du canal de l'urèthre très-allongé, avec plis transversaux recouvrant l'urèthre et allant de la ligne G à la ligne C de la lèvre postérieure devenue antérieure. Le col vésical et l'urèthre formant un pont au-dessus du col utérin.

Dans une première exploration avec l'indicateur, la malade étant debout, voici ce que je constate : 1° le globe utérin, le bas-fond directement renversé en bas et repoussant devant lui la paroi vaginale postérieure qui forme deux plis transversaux dont l'inférieur est au devant et un peu au-dessus du périnée, et le second s'étale devant le bas-fond utérin renversé. le globe utérin, dis-je, est appliqué sur le rectum, un peu plus à gauche, mais sans obliquité — sa face postérieure est devenue tout à fait antérieure, et l'antérieure est devenue postérieure. — Il est, d'une façon tranchée, plus volumineux qu'à l'état normal. Les différentes manœuvres pour le déplacer, le remonter ou lui faire exécuter des mouvements de latéralité, sont tout à fait impuissantes et finissent par être très-douloureuses. Je ne peux même pas relever le globe d'un centimètre. Il est patent que le corps de l'utérus, après avoir été subversé, est resté enclavé au milieu d'adhérences devenues très-solides, et qui ont été la suite d'une endo-périmétrite aiguë, dont les détails de l'observation font reconnaître le début et les diverses phases.

En avant, la paroi vaginale antérieure recouvre l'urèthre tiraillé directement en haut, ayant acquis un grand développement avec épaississement et plissements transversaux de la muqueuse vaginale, et il m'est impossible d'aller distinguer le col de la vessie que je soupçonne repliée en arrière et à gauche comme une cornemuse, entre la face antérieure du globe devenue postérieure et la paroi rectale antérieure. Le cul-de-sac de Douglas, qui est déplacé d'une façon complète, se trouve appliqué sur l'urèthre, en haut, pour former voûte en avant du col utérin. Durant cette séance, déjà bien pénible pour la malade, il m'est impossible, quelqu'effort que je fasse, d'aller atteindre le museau de tanche, qui n'existe plus à proprement parler.

A une deuxième séance, le lendemain, la malade étant couchée sur le dos, les cuisses fortement fléchies sur le bassin, l'indicateur gauche introduit dans le vagin pendant que la main droite presse fortement d'arrière en avant, derrière le pubis, je peux remonter un peu le globe qui est fixé par des adhérences, et n'effectue que le déplacement en masse avec la paroi antérieure du rectum qui se laisse un peu déplacer. Après quelques manœuvres réitérées dans ce sens, j'arrive enfin, avec l'indicateur gauche, à toucher l'ouverture du museau de tanche, tout à fait masquée par la paroi postérieure de la voûte vaginale, remontée avec lui et sur lui.

L'orifice est donc situé directement en haut derrière le pubis, le museau de tanche un peu incurvé en avant ; sa lèvre postérieure, devenue antérieure, offre un bourrelet hypertrophique, et l'antérieure, devenue postérieure, qui la surplombe, paraît amincie et relevée au-dessus de son niveau.

En forçant, et fléchissant un peu la phalangette de l'indicateur, je finis par engager l'extrémité dans l'orifice ; alors je sens distinctement l'augmentation d'épaisseur, en forme de fibroïde, qui se poursuit dans le canal

sur la lèvre postérieure, devenue antérieure, et l'amincissement par relâchement de la lèvre antérieure devenue postérieure.

Pendant plusieurs jours j'exécute les mêmes manœuvres, tantôt la malade couchée sur le dos, tantôt couchée sur le côté droit, la cuisse gauche fléchie sur l'abdomen, la droite allongée et la tête inclinée sur la poitrine. Dans toutes les manœuvres je cherche à déplacer cet utérus tout à fait luxé, soit en me servant d'un doigt introduit dans le rectum, l'indicateur opposé étant dans le vagin; tantôt en m'aidant de la pression abdominale. — Puis, après chaque séance, je place moi-même un redresseur utérin en caoutchouc à air, qui est insufflé après introduction. — La malade garde cet instrument trois à quatre heures, le temps qu'elle peut passer sans uriner, car la mixtion est impossible avec sa présence dans le vagin.

Après extraction du redresseur, et tous les jours, matin et soir, Mme S... fait une injection astringente et résolutive, dont je lui ai donné la formule.

Il y a vingt jours, elle a eu ses règles avec une telle abondance durant quatre jours, qu'elle s'en est trouvée très-affaiblie. — Elle est soumise à un régime réparateur, aux martiaux, à un repos relatif. Jusqu'à présent je n'ai obtenu, avec toutes ces manœuvres, qu'un léger déplacement du fond utérin en haut, avec une légère inclinaison en avant du col, rentré derrière les parois vaginales qui le coiffent à son sommet. Toutes les mesures sont prises pour arrêter l'écoulement immodéré du sang à chaque menstruation. Je ne sais encore ce que je pourrai obtenir dans ce cas si anormal, les brides qui maintiennent l'utérus me paraissant indestructibles. Le cas le plus heureux serait que cette dame arrivât à la ménopause dont elle approche, et subisse alors une atrophie utérine qui la débarrasserait peut être à tout jamais de ses pertes, si la régression portait également sur l'hypertrophie fibroïde qui part du col et va, probablement, s'étalant dans le segment postérieur de l'utérus, devenu antérieur. Cependant à ces mêmes résultats que j'ai constatés plus haut, je puis ajouter maintenant que le globe utérin me paraît avoir diminué de volume. La menstruation suivante, qui a eu lieu vingt-trois jours après la précédente, n'a donné lieu qu'à un écoulement modéré de sang. Mme S..., soumise à un traitement général aussi bien qu'au traitement local, commence à récupérer des forces.

Obs. L.

Rétroversion; polype muqueux a l'orifice externe ayant racine sur la face postérieure de la cavité cervicale; opération; guérison.

Mme Gir..., rentière, à Courbevoie, rue de la Côte, 36 ans, très-bonne constitution, a eu un enfant il y a onze ans, s'est toujours bien portée.

Depuis deux ans, dysménorrhée, douleurs sourdes au siége, au bas-ventre, aux aines, s'exaspérant aux époques menstruelles ; certain affai-

lissement des membres inférieurs ; ascension difficile ; palpitations assez fréquentes, névralgie intercostale gauche irrégulièrement intermittente ; appétit conservé, mais digestion laborieuse depuis deux mois.

Me consulte le 20 octobre 1875. Après constatation de la rétroversion et de la présence d'un polype muco-fibreux gros comme une petite amande, l'opération, décidée, est pratiquée le 30 du même mois. Guérison complète le soixantième jour.

La malade reste définitivement débarrassée de tous les phénomènes morbides et la cure se maintient. Je l'ai revue il y a dix jours.

Obs. LI.

Antéversion ancienne avec déchirure de la commissure droite ; engorgement de la partie antérieure du col et du globe ; granulations résultant de phlegmasie catharrhale chronique ; opération ; guérison.

Mme L..., rue de la Pépinière, 30 à 32 ans, brune, tempérament bilieux-nerveux, prédominant. Mariée, il y a douze à treize ans, a eu un garçon il y a onze ans, n'a jamais eu de grossesse depuis ; s'est à peu près bien portée jusqu'en 1870. Elle rapporte à cette date le début de ses souffrances, quoique déjà elle eût de la peine à supporter les fatigues, fût sujette à une constipation opiniâtre et éprouvât de petites douleurs sourdes dans les aines, le bas-ventre et les reins.

Mais c'est de 1870 que datent son amaigrissement, les troubles nerveux excessifs et la dyspepsie qui la tourmentent.

Depuis janvier 1873, je lui ai donné de temps en temps des soins pour sa dyspepsie et les divers troubles nerveux qui l'empêchaient non-seulement de vaquer à ses affaires de commerce, mais même de sortir, crainte de tomber dans la rue ou d'être écrasée par les voitures. Elle éprouvait des palpitations fréquentes, sans aucune lésion du cœur ou des gros vaisseaux ; elle avait des appréhensions de toutes sortes et parfois des hallucinations. Elle était sujette à des crises spasmodiques, de forme hystérique ; elle éprouvait toutes sortes de sensations bizarres et se croyait atteinte de toutes sortes de maladies. — L'hypocondrie prenait chez elle une allure décidée. Les digestions étaient pénibles, accompagnées de pesanteur à la barre de l'estomac et d'oppression. Elle était sujette à des névralgies multiples et variées, disparaissant et reparaissant tour à tour. C'était tantôt et le plus fréquemment une névralgie intercostale du huitième espace gauche, tantôt une névralgie coronale, corono-pariétale, ou cervico-faciale. Par ordre de fréquence venait ensuite une névralgie sacro-lombaire, puis une névralgie sacro-sciatique unilatérale.

A l'approche des règles, deux ou trois jours avant, toute la série des phénomènes nerveux prenait plus de consistance ; les sensations bizarres augmentaient, les hallucinations se caractérisaient davantage, ainsi

que les craintes de toute nature, même celle de devenir folle. En un mot, cette pauvre malade restait cloîtrée chez elle, et les accidents allaient toujours croissant. La menstruation, douloureuse au début, se prolongeait de six à sept jours, donnait lieu à un écoulement sanguin considérable, tellement considérable qu'elle ne pouvait, d'une époque à l'autre, récupérer le sang perdu et s'affaiblissait graduellement.

C'est au milieu de ce fatras de phénomènes morbides que, de 1873 jusqu'à novembre 1875, je lui donnai des soins de temps en temps. Après avoir obtenu une certaine amélioration, je voulus, à diverses reprises, m'assurer si l'utérus ne jouait pas un rôle important, peut-être capital, dans tous ces désordres fonctionnels. Un sentiment de pudeur de la part de la malade y mit toujours obstacle.

A la fin, cependant, elle se décida à se soumettre à une exploration et bien lui en prit. En octobre 1875, je procédai donc à une exploration complète dont le résultat fut la constatation d'une antéversion très-accentuée, avec intumescence de toute la partie antérieure du col et d'une certaine étendue de la même partie du globe ; d'une déchirure de la commissure droite ayant divisé toute l'épaisseur des tissus et tenant le col attiré fortement vers le cul-de-sac postérieur droit ; de granulations framboisées au milieu d'une érosion embrassant les deux lèvres, granulations qui garnissaient toute la partie visible de l'ouverture cervicale externe, et d'une leucorrhée considérable qui fatiguait beaucoup la malade dans l'intervalle des époques. Après plusieurs mois de traitement préparatoire, l'opération, décidée en principe, est pratiquée enfin le 12 mars 1876.

Le trentième jour de l'opération, alors que la malade est grandement améliorée sous tous les rapports, j'applique quatre cautères volants à la barre de l'estomac.

Le 20 mai, l'utérus est redressé, toutes les plaies sont cicatrisées, le museau de tanche est reconstitué par la soudure des lèvres de la déchirure, et présente un méat circulaire de la grandeur d'un petit pois ; l'utérus et le col sont dégorgés, un nouvel épithélium est partout reproduit. La guérison est radicale ; la dernière menstruation (la troisième depuis l'opération) a duré quatre jours sans être précédée d'aucun trouble et avec un écoulement de sang extrêmement modéré, à peu près comme avant le mariage. Tous les phénomènes nerveux persistants ont disparu en très-grande partie, et Mme L... peut faire des promenades de trois à quatre heures dans Paris, sans frayeur, sans crainte aucune, des excursions de longue haleine à la campagne, sans éprouver grande fatigue. La santé générale est devenue excellente, l'amaigrissement lui-même se dissipe à vue d'œil, quoiqu'il y ait encore un peu de dyspepsie. Depuis plus d'un mois elle n'a éprouvé aucune de ces névralgies fréquentes qui la torturaient. C'est là, en un mot, un succès des plus remarquables dans l'ensemble de tous les troubles fonctionnels, locaux et généraux qui étaient, prédisposition individuelle à part, sous la dépendance de la déviation utérine ancienne.

Qu'on veuille bien remarquer que, dans ce cas, la déchirure de la commissure droite du museau de tanche, datant de l'accouchement unique, c'est-à-dire de onze ans, n'avait jamais été guérie, et entrait pour une large part dans les facteurs de déviation, d'une façon directe d'abord, d'une manière secondaire ensuite, en entretenant la phlegmasie catarrhale chronique qui a toujours persisté à divers degrés, et a déterminé probablement l'engorgement plasmatique d'une partie du col et du globe.

Obs. LII.

Antéversion ancienne; ovarite aigue; traitement de l'ovarite pendant deux mois, puis opération de l'antéversion; guérison radicale des deux affections.

Mme Leg..., rue de l'Annonciation, à Passy; 50 ans, brune, obèse, arrivée depuis deux ans à la ménopause, a toujours joui d'une bonne santé. Mère de deux filles mariées, a eu quatre grossesses, et un avortement à quatre mois, il y a quinze ans; ne s'est ressentie de rien, a beaucoup travaillé. Retirée des affaires, vivant à la campagne, à Rambouillet, où elle s'occupe très-activement. Depuis deux mois, atteinte de colique hépatique caractérisée, se répétant fréquemment, suivie de teinte ictérique sur tout le corps, à chaque crise, teinte qui s'efface, pour revenir à la suite d'une crise nouvelle ; vomissements continuels, dégoût absolu de tout, constipation opiniâtre, matières fécales plâtreuses, collantes. Elle ne supporte qu'un peu de lait. Traitée à Rambouillet, deux mois, pour sa colique hépatique, puis prise de douleurs violentes dans la fosse iliaque gauche, avec fièvre, redoublement de vomissements, elle se fait transporter à Paris pour se soumettre à mes soins. Je constate, par la palpation et le toucher, une augmentation de volume de l'ovaire gauche, avec sensibilité vive, chaleur et douleur qui irradie dans tout le ligament large du côté gauche. Je constate en même temps une antéversion de vieille date, d'après les indications de la malade, et qui a dû jouer un rôle à la provocation de l'ovarite.

Les émissions sanguines locales, les réfrigérents, la glace, les vésicatoires, les purgations répétées, les bains émollients et alcalins, les frictions avec des pommades résolutives, etc., finissent par triompher de l'ovarite. La colique hépatique elle-même, améliorée, finit par céder aux trois mois du traitement, au cours duquel j'opère Mme Leg.... de l'antéversion, le 10 mars 1876. Le 11 mai, guérison complète de l'antéversion et de tous les accidents auxquels la malade avait été soumise par suite de l'ovarite et de

la colique hépatique ; elle a récupéré le goût et l'appétit, et repris promptement des forces. Le 20, départ pour Rambouillet en parfait état de santé.

Obs. LIII.

ANTÉFLEXION; ENGORGEMENT DE LA LÈVRE ANTÉRIEURE ET DE LA PARTIE ANTÉRIEURE DU COL; DYSMÉNORRHÉE; OPÉRATION; GUÉRISON.

Mme Boul..., marchande de vins, avenue Montaigne, 29 ans, brune, fortement constituée, mariée depuis huit ans, sans enfant, bien réglée depuis l'âge de 15 ans jusqu'à quatre ans après son mariage. Depuis quatre ans douleurs dans le bas-ventre, puis dans les reins quelques jours avant et pendant les premières heures de l'écoulement du sang aux époques. Migraine concommitante, vomissement. Tout cet orage est dissipé une fois la menstruation terminée. La durée de celle-ci varie entre trois et cinq jours. Cette malade, quoique fatiguant beaucoup dans son commerce, et malgré ses souffrances, sourdes habituellement, exacerbées très-vivement aux approches des règles, a un embonpoint voisin de l'obésité. Au reste, il n'y a aucun trouble dans les fonctions digestives, ni aucun retentissement général sur l'organisme, en dehors des époques.

Examinée le 20 juin 1871, je constate une antéflexion très-prononcée, avec engorgement du col dans sa partie antérieure et de la lèvre correspondante qui proémine sur la lèvre postérieure. — L'opération, acceptée de suite, est pratiquée le 21.

Fin août, la guérison est complète et la malade est débarrassée définitivement de la dysménorrhée, ainsi que des douleurs sourdes qui existaient d'une époque à l'autre. La guérison se maintient toujours complète. J'ai revu nombre de fois cette malade, la dernière fois en décembre 1875.

Obs. LIV.

RÉTROVERSION EXTRÊME; PETIT POLYPE HYPERTROPHIQUE DE LA LÈVRE POSTÉRIEUBE ; MÉNORRHAGIE ; IMPOSSIBILITÉ DE MARCHER DEPUIS QUELQUE TEMPS ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

Cette opération, qui est une des premières par moi pratiquées, est relatée, comme la précédente, dans les dernières sur la série des observations de déviations : 1° parce que je n'avais plus revu la malade et que ce n'est qu'il y a quatre mois, qu'à propos de sa cousine qu'elle m'amenait consulter pour une maladie de poitrine, j'ai pu avoir l'occasion de vérifier le résultat ultime de cette opération si ancienne ; 2° qu'en la donnant en der-

nier lieu et avant ma dernière pratiquée, j'aurai pu fournir un exemple frappant et définitif de la durée du résultat heureux et de l'absence de toute récidive malgré les travaux et les fatigues de la malade.

Mme Sca... a 35 ans, elle est veuve depuis deux ans ; elle a été mariée à vingt-deux, n'a eu qu'un enfant, et une deuxième grossesse terminée par un avortement à quatre mois, il y a trois ans et demi. Sa constitution était primitivement forte ; de plus, elle n'avait jamais été malade, quoique travaillant comme un homme, autant que son mari. Depuis son mariage elle est à la tête d'une forte maison de blanchisserie à Saint-Cloud, et, jeune fille, elle avait travaillé longtemps déjà dans cette partie.

Après son avortement, pendant lequel elle a eu des souffrances très-vives et prolongées, suivies de grandes pertes de sang, elle a été plus de trois mois à se remettre ; mais elle n'a pas récupéré sa santé habituelle.

Elle a repris ses travaux, qu'elle ne pouvait exécuter qu'à grand'peine ; mais enfin elle suffisait, aidée par son mari, à toute cette grande besogne.

Après la mort de son mari, elle a voulu rester à la tête de son établissement en faisant les plus grands efforts pour suffire à tout ; finalement, sa santé s'était tellement altérée qu'elle ne pouvait plus marcher, et était obligée de s'aliter dix jours à chaque époque, à cause des grandes pertes de sang subies et des douleurs qui les accompagnaient. Soignée par deux médecins de la localité, il lui fut à peu près interdit de se livrer à un travail quelconque. Cette femme, croyant à un cancer de l'utérus, dut céder l'établissement à son neveu et vivre désormais au repos absolu.

C'est le 20 juin 1866 que je suis appelé à Saint-Cloud pour la voir... De prime abord elle m'avoue qu'elle craint d'avoir un cancer de l'utérus, à cause des pertes prolongées qu'elle a à chaque époque, d'un écoulement leucorrhéique dans l'intervalle, de son affaiblissement qui ne lui permet plus de marcher, et des douleurs qui se réveillent si vives au moment de l'éruption menstruelle. Elle est pâle, amaigrie, sous l'impression d'idées sombres, que partagent ses amis. Elle a perdu l'appétit ; sa digestion se fait généralement mal ; elle est sujette à une constipation rebelle, et il lui semble que quelque chose comme une tumeur pèse constamment sur le fondement. Après un examen complet et dans toutes les positions, je constate une rétroversion extrême, avec engorgement prononcé de la partie postérieure du col et partie de la face correspondante du globe. La lèvre postérieure est épaissie, saillante, et présente à l'ouverture cervicale, dilatée par le spéculum, un polype hypertrophique oblong, comme une olive, libre dans l'ouverture cervicale, et tenant à la face interne de la lèvre par un pédicule distinct mais peu rétréci. — C'est à la présence de ce polype et à la rétroversion que la malade doit les hémorrhagies qui l'affaiblissent. — Le canal cervical peut être parcouru avec une fine bougie en baleine à ex-

trémité olivaire, qui finit par pénétrer dans la cavité utérine sans grande difficulté.

L'opération, proposée et acceptée, est pratiquée le 23 juin, trois jours après. Fin août, au dernier examen, la cicatrisation était complète partout. Le premier et plus important résultat obtenu est le redressement de l'utérus, la disparition de l'engorgement du col et de partie du globe par suite des incisions, et la régularité de l'ouverture cervicale externe, qui avait été débarrassée du polype hypertrophique adhérant à la lèvre postérieure. — Toutes les douleurs ont cessé ; la menstruation est régulière, normale. La malade conserve encore une certaine faiblesse, quoique ayant déjà beaucoup repris. Elle peut marcher librement et sans fatigue, pourvu que la marche ne se prolonge pas très-longtemps. Cette malade, que j'avais complétement perdue de vue depuis ce moment, j'ai eu l'occasion, comme je l'ai dit plus haut, de la revoir après neuf ans, pendant lesquels elle est restée vigoureuse et bien portante. Elle a bien voulu me permettre, durant cette visite inattendue, de constater que cette guérison radicale persiste d'une manière complète.

Obs. LV.

ANTÉVERSION PASSANT A LA RÉTROVERSION AVEC PROLAPSUS AU BOUT DE TROIS MOIS ; L'ANTÉVERSION EST SURVENUE A LA SUITE D'UNE ENDOMÉTRITE CONSÉCUTIVE A L'EXTRACTION D'UN PLACENTA ENCHATONNÉ ET DE DEUX FIBRÔMES EN VOIE DE RÉPRESSION COIFFÉS PAR LA SURFACE UTÉRINE DU PLACENTA, A LA QUATRIÈME COUCHE ; CINQUIÈME GROSSESSE SURVENUE EN PLEINE RÉTROVERSION AVEC PROLAPSUS.

Mme H..., 27 ans, femme d'un boucher, bien constituée, vigoureuse, a eu quatre couches en six ans; je l'ai accouchée les quatre fois. Les deux premières couches ont été naturelles, sans accident. La troisième a nécessité la terminaison au forceps et le décollement du placenta adhérent ; il y eut hémorrhagie post-puerpérale. — Le ventre resta longtemps volumineux.

A la quatrième couche, il y a trois ans maintenant, après l'accouchement normalement terminé, hémorrhagie qui oblige d'aller à la recherche du placenta. Il était adhérent et enchatonné ; l'opération fut pénible, et il me fallut m'y reprendre à plusieurs reprises tant le col, par ses contractions énergiques, me paralysait l'avant-bras. En décollant le placenta, je sentais deux tumeurs qui lui faisaient suite, et que je détachai en disséquant avec les ongles sur les parois utérines. Au bout d'une demi-heure j'avais tout décollé, et j'amenai, sans laisser le plus petit lambeau, tout le placenta avec son cordon. Il avait un volume énorme. Le mari de l'accouchée le pesa et nota le poids de 7 livres et demie en ma présence. Le placenta était doublé, sur deux points distincts, de tumeurs de la grosseur d'une pomme d'un assez gros volume. Il fut placé dans l'eau, lavé à plusieurs reprises, et laissé ensuite vingt-quatre heures en macération.

Au bout de ce temps je pus arriver à séparer avec les ongles les tumeurs du tissu placentaire ; elles représentaient alors chacune une moitié de pomme. Le tissu en était fortement granulo-graisseux avec des stries fibreuses intercallées; il était finement mamelonné et sans membranes de revêtement du côté de l'utérus, mais à aspect lisse, à surface comme tapissée d'une membrane tomenteuse du côté qui adhérait au placenta, et les points de la surface du placenta sur lesquels ces tumeurs avaient adhéré offraient la même surface lisse et tomenteuse, contrastant d'une manière frappante avec le tissu fortement granulé et vasculaire de la surface placentaire utérine. Je pensai, et je crois fortement encore, qu'en décollant le placenta, j'avais opéré l'énucléation de fibroïdes en voie de régression, sans m'en douter. Je présume que ces deux fibroïdes n'avaient pas été étrangers à l'adhérence et à l'enchatonnement du placenta. La malade eut une métrorrhagie post-puerpérale, dont je finis par triompher en allant exciter les contractions utérines avec la main introduite dans la cavité de l'utérus qu'elle débarrassait en même temps des caillots de sang, tandis que l'autre main exerçait des frictions sur le ventre; par l'application consécutive de la glace sur le ventre et le vin de madère donné en quantité copieuse.

Une endométrite violente s'en suivit et tint la malade au lit pendant un mois et demi.

Il y a quinze mois que cette malade, qui fatigue beaucoup à cause de sa profession, étant à la tête d'une grande boucherie, eut une ménorrhagie de trois semaines de durée et perdit beaucoup de sang. A l'examen direct, je constatai une antéversion complète avec engorgement de la lèvre antérieure formant fibroïde à l'ouverture du museau de tanche, de la face antérieure du col et du globe utérin, la vessie étant prolabée. Je suis resté trois mois ensuite sans la revoir. A un second examen, j'ai constaté que le globe utérin, ayant opéré un mouvement de rotation à gauche et en arrière, avec abaissement, était arrivé à la rétroversion un peu oblique gauche avec prolapsus et invagination ; le globe m'a paru alors encore plus hypertrophié ainsi que le col. Je craignais qu'avec la largeur du bassin de cette dame et l'agrandissement considérable de l'ouverture vulvaire, la rétroversion n'arrivât graduellement à la procidence, vu les fatigues considérables qu'elle est obligée de subir. Je lui ai proposé d'abord d'opérer l'antéversion ; la crainte, la pression des affaires, lui ont fait remettre à plus tard. Dans le dernier examen, j'ai renouvelé ma proposition pour opérer la rétroversion, sans trop insister, mais en faisant entrevoir les dangers qu'elle courait en temporisant. Elle ne s'est pas décidée. Elle est maintenant enceinte, et au dernier mois. Je l'ai examinée, il y a quinze jours, puisque je dois l'accoucher. L'utérus est remonté ; il est en bonne direction, et Mme H... n'a éprouvé aucune anomalie, pas même la moindre gêne ni la moindre douleur durant toute sa grossesse.

C'est là l'exemple le plus frappant, le plus brutal du

passage de l'antéversion à la rétroversion et au prolapsus. Il n'est pas moins frappant comme exemple de conception possible, même dans une déviation extrême, et de l'heureux résultat de redressement et de relèvement de l'utérus par suite du gravidisme. Cette malade pensait ne plus avoir d'enfant par suite de cette déviation. Elle a été heureusement déçue dans ses craintes.

Obs. LVI.

ANTÉVERSION ; DÉCHIRURE DE LA COMMISSURE DROITE DU COL ; PHLEGMASIE CATARRHALE CHRONIQUE, AVEC EXULCÉRATION ET GRANULATIONS SUR LES DEUX LÈVRES.

Mme Sa...., belle-fille de la malade de l'observation XLIX et belle-sœur du sujet de l'observation XLVIII, a 21 ans, est d'une constitution moyenne, aux allures vives, à tempérament nerveux, sanguin ; elle est mariée depuis trois ans et demi ; elle est accouchée heureusement d'une fille, il y a environ deux ans. L'accouchement a été rapide (huit heures en tout), chose bien rare pour une primipare ; les suites ont été très-heureuses, sans accident aucun.

Mme Sa.... est restée 15 à 18 jours au lit après ses couches, puis elle a repris sa vie et ses habitudes ; elle est alerte et vive dans ses mouvements. Depuis ses couches, elle a toujours eu des fleurs blanches, un peu de gêne dans le bas-ventre avec tiraillements et parfois douleurs dans les aines et un peu aux cuisses, mais enfin elle pouvait aller, venir, et même fatiguer.

Cependant, depuis cinq à six mois, elle a maigri d'une façon notable et sans avoir aucune maladie accusée. Depuis ses couches, ses règles sont abondantes et d'assez longue durée. Il y a donc ménorrhagie. De plus, elle est devenue plus nerveuse, et elle a d'assez fréquentes crises, dont trois surtout nous paraissent de véritables crises hystériques, d'après la manière dont elle les dépeint. Elle éprouve des lassitudes, des palpitations de plus en plus fréquentes, sans que l'examen le plus scrupuleux dénote rien d'anormal dans les poumons et le cœur. Elle a d'assez fréquentes névralgies, entre autres une hémicranie plus fréquente à gauche. Son appétit diminue, devient un peu bizarre sans qu'elle s'en doute, et ses digestions sont laborieuses, quelquefois pénibles. Les évacuations intestinales sont régulières ; elle a eu, à un moment, des envies fréquentes d'uriner. Ce phénomène morbide a cessé, excepté au moment des règles, pendant la période congestive. De même, au moment de cette période congestive, la gêne de bas-ventre, les douleurs sourdes aux aines s'exaspèrent et s'accompagnent de quelques douleurs

dans les reins. C'est en conséquence de tous ces accidents que son mari et sa belle-sœur ont desiré une exploration que la jeune malade a acceptée, avec la résolution bien arrêtée de se soumettre à l'opération, le cas échéant, tant elle a été frappée de l'innocuité de l'opération pratiquée à sa belle-sœur, des suites heureuses et du peu de douleur qu'elle a causée ; enfin, tant elle a été émerveillée du résultat obtenu. Elle est donc examinée le 10 mai 1876. Après constatation en présence de son mari, de sa belle-mère et de sa belle-sœur, d'une antéversion très-accusée avec déchirure de la commissure droite du museau de tanche envahi par une exulcération qui occupe les deux lèvres, avec granulations miliaires se poursuivant dans le conduit cervical, dont l'orifice est largement ouvert par la pression du spéculum, Mme Sa... est soumise, pendant quinze jours, à un traitement général et local, pour être opérée ensuite.

Opération le 28 mai. Tout se passe régulièrement et sans accident.

Le traitement général est continué et les soins consécutifs ont lieu comme d'usage.

Le 15 juin, les eschares sont toutes détachées ; la malade se lève et marche un peu, sans gêne, sans douleur. Elle se contente de se promener une demi-heure dans son jardin.

La direction de l'utérus est excellente ; l'appétit est revenu : l'état général est très-amélioré. Je commence les pansements quotidiens et ne permets de se lever que deux heures par jour, une le matin, une le soir.

Le 17, à ma visite, les époques sont arrivées sans douleur aucune, et de suite avec abondance, à cause des plaies résultant de la chute des eschares.

Le 28 juin, trente-deux jours après l'opération, la rétraction cicatricielle est déjà telle, que l'utérus est bien maintenu dans sa direction normale.

Mme Sa.... peut marcher librement et assez longtemps sans aucune gêne. Elle n'éprouve plus aucun des phénomènes nerveux de retentissement ; elle reprend des forces rapidement avec la bonne exécution des fonctions. Tout fait donc présager qu'à la cicatrisation complète, au soixantième jour, elle sera radicalement guérie.

I. — Corollaires tirés des nombreuses opérations de déviations par notre méthode, tant au point de vue de son efficacité qu'à celui de ses résultats sur la stérilité et l'évolution de la grossesse consécutive.

Après avoir exposé les unes avec détails très-circonstanciés et précis, les autres plus brièvement, mais avec précision aussi, un si grand nombre d'opérations d'anté ou rétroversion, d'anté ou rétroflexion, nous devons faire ressortir, pour l'édification du lecteur, pour encourager ceux de nos confrères qui seront tentés de nous suivre dans cette voie nouvelle de traitement, les points culminants qui donnent à la méthode que nous avons créée une supériorité incontestable sur tout ce qui a été fait et tenté jusqu'aujourd'hui et qui procure, dans l'immense majorité des cas, une guérison radicale, durable, là où l'on ne pouvait espérer qu'amélioration, palliation, sans jamais guérir.

Il n'y a plus à faire ici des raisonnements, à prouver par des discussions, à étayer la méthode sur des données physiques, physiologiques ou physiologico-pathologiques, tâche que nous avons suffisamment remplie au commencement de l'ouvrage. Il ne s'agit que de s'en référer aux faits sans commentaires et à tirer les conséquences rigoureuses qui en découlent ; les voici :

1° La méthode de myotomie utéro-vaginale ignée,

dont les procédés doivent être modifiés suivant les indications particulières dues à certaines complications, guérit dans tous les cas où des adhérences solides ne maintiennent pas définitivement et irrévocablement l'utérus dévié dans sa position vicieuse acquise, c'est-à-dire dans les neuf dixièmes des cas. Dans ce dernier dixième elle fournit encore un demi-succès, en faisant disparaître tous les épiphénomènes qui entrent pour une si large part dans les souffrances ou les désordres fonctionnels éprouvés par les malades.

2° Ce résultat est surtout rehaussé par l'impossibilité, à peu près absolue, de voir surgir des accidents à la suite de sa mise en œuvre, si on sait se conformer aux préceptes que nous avons si nettement formulés. Elle a donc cette immense supériorité qu'elle n'expose pas et ne compromet, à aucun degré, l'existence des malades ; qu'elle ne leur fait pas courir la chance du plus petit accident, pas même celle de la perte d'un peu de sang.

3° Comme conséquence du redressement de l'utérus par suite de l'opération, des soins préliminaires et consécutifs, tous les désordres locaux disparaissent ; les fonctions utérines, plus ou moins troublées, reprennent leur rhythme normal, et les désordres fonctionnels ou de retentissement sur les organes ou systèmes plus ou moins éloignés disparaissent tout à fait, dans la grande majorité des cas ; et, dans les autres cas, ils subissent une heureuse modification.

4° Il est incontestable, et je l'ai démontré victorieusement ailleurs, que certaines déviations, et surtout les inflexions extrêmes, sont une cause majeure de stérilité chez la femme, en dehors de bien d'autres. Il s'agissait de savoir, d'abord : 1° Si l'opération, comme conséquence, ne devenait pas un obstacle à la fécondation ; 2° Si, n'étant pas un obstacle, elle remédiait à l'infécondité en

faisant disparaître l'obstacle à la fécondation causé par ces déviations ou inflexions extrêmes; 3° Si elle ne portait pas atteinte aux fonctions normales de la femme.

Il fallait beaucoup de temps, une longue expérience et des renseignements précis pour avoir une solution sur ces divers points. Evidemment nous n'avons pas pu avoir des renseignements sur toutes les opérées et cela par des motifs faciles à comprendre. Mais le nombre est aujourd'hui assez considérable de celles qui nous ont renseigné, pour que nous puissions conclure avec une certaine rigueur. Il ressort donc de l'ensemble des aveux que le résultat de l'opération n'entrave ni n'amoindrit les fonctions dévolues à la femme; c'est un fait acquis. Dans un nombre de cas (onze), des malades n'ayant jamais eu d'enfant, ou étant restées des années sans en avoir de nouveau, ont pu devenir enceintes. Toutes, excepté une (Obs. XLIV), ont pu accoucher à terme, et, la plupart, sans intervention de manœuvres obstétricales. Mais la preuve la plus claire que le résultat de l'opération n'entrave ni l'évolution de la grossesse, ni le travail de parturition, c'est que dans un cas (Obs. XLV), une dame, ayant été opérée après conception et sans qu'elle s'en doutât, est arrivée à terme sans accident et a accouché naturellement; c'est moi qui l'ai accouchée. Dans la précédente grossesse, j'avais été obligé de terminer l'accouchement par une application de forceps, les contractions utérines ayant perdu toute leur énergie et la malade étant à bout de forces. Sur ces onze observations, il en est une où il n'y a pas eu d'opération, mais simplement redressement de l'utérus au moyen du redresseur à air de Garriel, appliqué pendant trois mois. Le sujet de l'observation est devenue enceinte, après neuf ans de stérilité, a mené la grossesse à bonne fin, et a mis au monde un gros garçon. Aujourd'hui elle est grosse pour la seconde

fois (Obs. I). Dans l'observation XIII, l'opérée a eu également deux accouchements à terme.

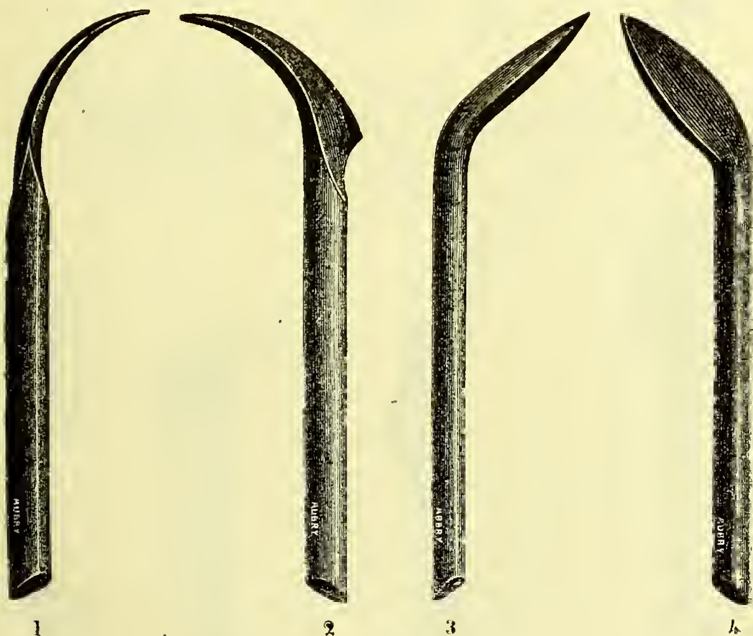
D'où il résulte que dans onze cas de stérilité absolue et initiale, ou de stérilité posthume, onze fois le redressement de la déviation qui pouvait, à bon droit, en être considérée comme la cause la plus saillante, l'a fait disparaître, puisque les onze malades sont devenues grosses ultérieurement, dans dix cas après redressement par la myotomie utéro-vaginale ignée, et une fois après redressement par le pessaire à air de Garriel.

D'où il résulte également enfin que la myotomie utéro-vaginale ignée, en redressant l'utérus et mettant la femme en état d'être fécondée, n'entrave en rien par sa conséquence l'évolution de la grossesse et n'apporte aucun obstacle à la parturition, puisqu'une malade enceinte avant l'opération, a bien conduit se grossesse, et a accouché naturellement.

Et maintenant, comme une des causes fréquentes et actives de stérilité venant de la femme réside souvent dans une malformation du col, de la conicité du museau de tanche avec étroitesse du méat ou de partie du conduit cervical, nous allons voir, dans le chapitre second, la même méthode appliquée à la guérison de ces cas avec les résultats qu'elle a fournis jusqu'à présent entre nos mains.

J. — Instruments.

Utérotomes de formes variées pour l'exécution des procédés opératoires dans tous les cas de déviations, inflexions et abaissements de l'utérus, et qui sont la propriété de l'auteur.



1. Utérotome à tranchant convexe.
2. Utérotome à tranchant concave.
3. Utérotome à lame à angle ouvert sur la tige, à tranchant en dedans.
4. Même utérotome à tranchant en dehors.



5



6



7



8

5. Utérotome lancéolaire.
6. Utérotome à lame mousse à la pointe et courbe sur plat à gauche.
7. Utérotome à lame mousse à la pointe et courbe sur plat à droite.
8. Utérotome à lame droite et mousse à la pointe.



9



10



11

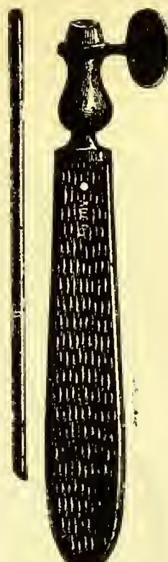


12

9. Cautère à roseau.
10. Sécateur emporte-pièce.
11. Utérotome truelle.
12. Cautère olivaire

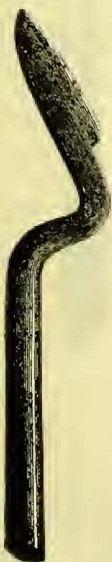

13


14


15 16

13. Cautère à marteau fort.
14. Cautère à marteau faible.

15. Utérotome cylindrique.
16. Manche auquel on fixe l'utérotome.


17


18

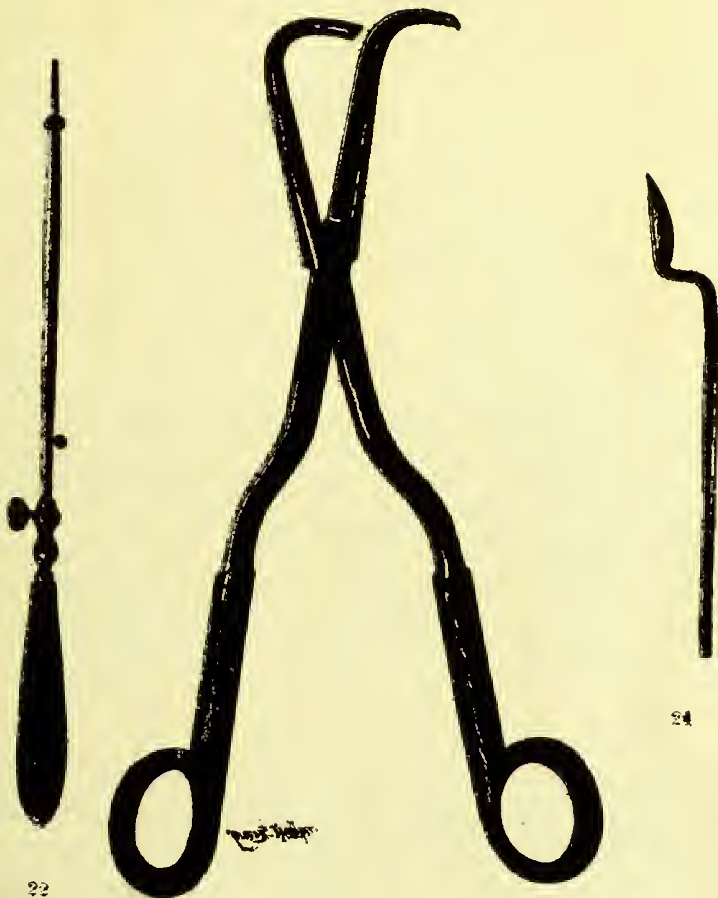

19


20

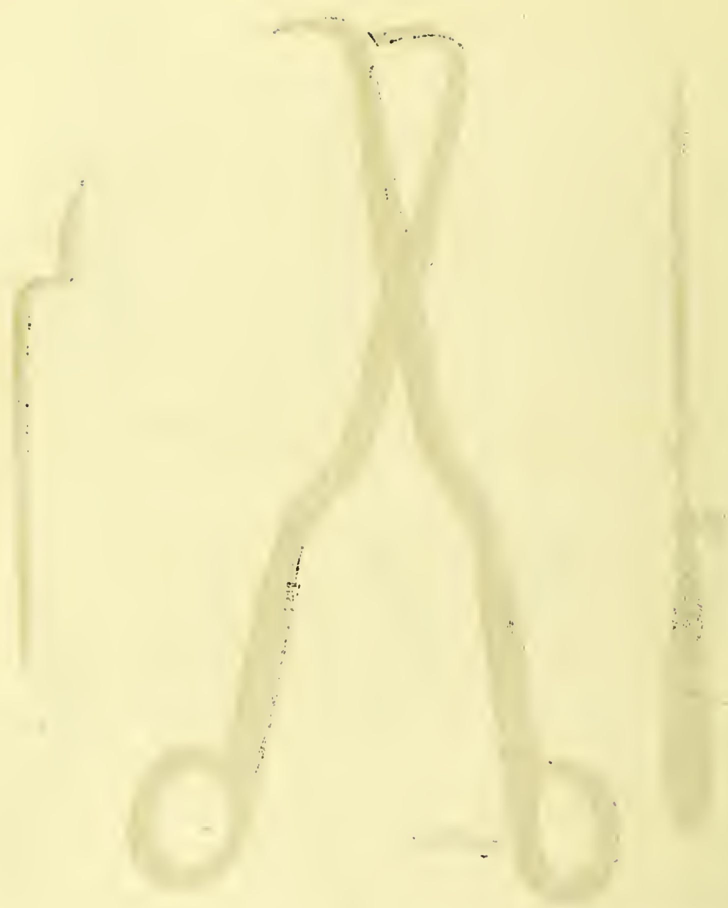

21

17. Utérotome recourbé sur tige en col de cygne, lame droite.
18. Utérotome recourbé sur tige en col de cygne, lame courbe sur plat à gauche.
19. Utérotome recourbé sur tige en col de cygne, lame courbe sur plat à droite.
20. Utérotome recourbé sur tige en col de cygne, cette courbure concave à gauche, la lame courbe sur plat à gauche.
21. Utérotome recourbé sur tige en col de cygne, cette courbure concave à droite, la lame courbe sur plat à droite.





22. Ténotome curseur servant d'abord au cathétérisme.
23. Sécateur en ciseaux, à lames courbes sur plat vers la pointe, pour la section de partie du museau de tanche ou de toute tumeur accessible.
24. Ténotome semi-olivaire, en raccourci, au tiers.



CHAPITRE II

ATRÉSIES DU CANAL CERVICAL

A. — Des obstacles mécaniques du conduit utéro-vaginal comme cause de dysménorrhée et de stérilité ; nouveau procédé pour en triompher définitivement, ce que les procédés employés jusqu'à ce jour n'ont pu réaliser.

Une des causes les plus fréquentes d'aménorrhée, de dysménorrhée et, par suite, de stérilité chez la femme, c'est, sans contredit, l'obstruction mécanique du canal utéro-vaginal.

Cette obstruction, à formes et à degrés variables, a une action active et souvent capitale dans la production des phénomènes sus-énumérés.

Les diverses obstructions peuvent exister sur divers points du canal. Il faut distinguer celles qui ont leur siége sur la vulve ou le vagin, ou sur les deux à la fois, ce qui constitue une oblitération de ces parties, et celles qui siégent dans l'utérus lui-même.

Nous ne nous occupons pas ici des premières, dont les procédés opératoires pour les vaincre sont bien établis. Nous donnons simplement en exemple un cas opéré par nous, il y a douze ans, et que voici :

Obs. LVII.

Obturation de l'ouverture vulvaire ; opération ; guérison ; cinq couches ultérieures.

Mme Bris...., jeune femme de 20 ans, mariée à un boulanger de Montrouge, est d'une superbe conformation et d'une constitution d'élite. Depuis son mariage, qui date de quinze mois, comme quand elle était jeune fille, la menstruation a eu lieu régulièrement et sans anomalie. Cependant elle n'a pas encore pu être fécondée, et le mari a supporté en silence l'impossibilité absolue qu'il éprouvait à exercer l'acte de copulation. Jamais cet acte n'a pu être accompli. A la fin, désespéré, il me confie son chagrin et me prie de visiter sa femme, en septembre 1864. Il y a obturation complète de la vulve qui, par suite des pressions exercées dans les divers rapprochements, a acquis une légère dépression en entonnoir. La jeune femme ne peut plus souffrir les approches du mari tant elle est meurtrie.

Au fond de cet entonnoir, je puis, après examen très-attentif, discerner au centre une petite ouverture de la grosseur de la tête d'une petite épingle. Cette ouverture est suffisante pour l'excrétion du sang à chaque époque. Cette excrétion s'exécutant sans accident, c'est pour moi une preuve que le canal utéro-cervical est intact. C'est un grand point d'acquis. Mais je ne puis savoir s'il existe une cavité vaginale, s'il n'y a pas un rétrécissement fibreux de tout le conduit vaginal.

Un stylet boutonné, fin, directement introduit par le minime orifice vulvaire, et après l'avoir franchi de quelques lignes, arrive de suite sur un tissu dur, résistant, aussi bien en haut que sur les côtés. Je replie alors le stylet en forme de crochet, et l'indicateur gauche poussé dans le rectum, tandis qu'avec la main droite j'introduis de nouveau le stylet, la pointe dirigée en bas, en arrière ; je pus sentir, par le rectum, la pointe du stylet qui peut jouer latéralement en bas avec une certaine facilité. Il y a donc, du côté du rectum, un certain espace occupé par le conduit vaginal non développé. Alors, avec le doigt introduit dans le rectum, je courbe davantage l'extrémité pénétrante du stylet, de façon à la pousser en avant, sur la cloison, pendant que la main droite l'a fait avancer. Je puis me convaincre que cette extrémité vient butter contre la cloison, à deux ou trois centimètres en avant de la marge de l'anus. Mon parti est pris pour l'opération. Après quelques jours de soins préalables, le 20 septembre 1864, je procède à l'opération avec l'assistance du docteur Ozène.

Le procédé que je choisis est fort simple : la malade, convenablement placée, sondée d'avance, un stylet boutonné est introduit par le petit orifice, pendant que l'indicateur gauche, engagé dans le rectum, sert à diriger son extrémité boutonnée. Quand cette extrémité vient arcbouter fortement sur le périnée, en avant de l'ouverture anale, bien sûr que je suis qu'il se trouve en avant de la paroi intestinale, et pendant que la main droite le tient fortement poussé pour faire faire une petite saillie aux téguments, je dégage la main gauche qui va maintenant tenir le stylet fortement arcbouté sur le périnée, et la main droite armée d'un fin ténotome lancéolaire fait une ponction au niveau de l'extrémité du stylet. Cette ponction est conduite profondément, de façon que la pointe du ténotome rase l'extrémité du stylet ; la lame, maintenue en place, j'arrive à faire traverser l'extrémité du stylet et à l'amener au dehors en rasant la lame de l'instrument. Un fil est aussitôt attaché au bout du stylet ; puis, celui-ci, retiré par le petit orifice, j'ai un fil conducteur dont l'anse embrasse le raphé périnéo-vulvaire dans l'étendue de quatre à cinq centimètres. J'attache alors un fil de fer à ce fil conducteur, et, une fois ce fil de fer introduit, je le fixe à l'écraseur par ses deux bouts, en lui faisant former anse.

L'opération, faite alors par écrasement linéaire, est terminée au bout de dix à douze minutes. Le doigt introduit par la plaie peut s'assurer ensuite qu'il y a un conduit vaginal étroit latéralement, mais profond en bas et en arrière, au fond duquel il touche le museau de tanche. L'ouverture vulvaire est suffisante pour admettre le pénis, qui finira par la dilater.

J'ai accouché Mme Bris... quinze mois après. L'accouchement s'est fait naturellement.

Je l'avais perdue de vue ensuite. Il y a quelques jours, j'étais appelé en consultation chez un boulanger du faubourg Saint-Martin pour des accidents puerpéraux dont sa femme était atteinte.

Je me retrouvai en face de ma malade, qui venait d'accoucher naturellement de son cinquième enfant depuis vingt jours, et qui était atteinte d'endo-métrite.

J'ai su alors que les quatre dernières couches se sont terminées naturellement et toujours assez rapidement.

Nous ne traiterons que des secondes, c'est-à-dire des obstructions mécaniques siégeant dans l'utérus.

Ces obstructions existent généralement dans le canal cervical de l'organe ; elles sont énormément plus fréquentes au méat ; on en rencontre exceptionnellement à l'ouverture cervicale supérieure.

Quand il y a obstruction complète sur un point du canal cervical, il y a forcément aménorrhée, et aménor-

rhée avec toutes ses conséquences actives. En effet, quoiqu'il y ait obstruction, la sécrétion du sang s'opère aux époques menstruelles ; mais à cause de l'oblitération existante sur un point du canal, l'excrétion du sang accumulé dans la cavité utérine ne peut absolument avoir lieu. Par des raisons faciles à comprendre, cette oblitération est un obstacle passif, mais absolu à la fécondation de la femme.

Dans cette première catégorie, c'est-à-dire d'obstacle absolu, on comprend très-bien l'aménorrhée avec toutes ses conséquences.

Quand l'obstruction est incomplète, l'excrétion sanguine s'effectue aux époques menstruelles, mais avec des difficultés plus ou moins grandes, précédée ou accompagnée de douleurs locales plus ou moins vives, et ordinairement en rapport avec le degré de l'obstruction et la gêne que le sang éprouve à la vaincre dans l'excrétion. Ensuite les douleurs retentissent sur tout l'organisme en général par action réflexe et à mesure que l'obstacle se perpétue. C'est alors la dysménorrhée. Cette condition d'obstruction incomplète est encore une cause passive d'infécondité, si non absolue comme la précédente, du moins à peu près aussi certaine.

Avec une sécrétion menstruelle qui s'exécute bien dans la cavité utérine, s'il y a obstacle complet sur l'un des points indiqués, il y a aménorrhée par rétention de sang accumulé dans l'utérus, parce qu'il ne peut se faire jour au dehors, absolument comme dans un rétrécissement infranchissable de l'urèthre il y a accumulation de l'urine dans la vessie et rétention.

Il résulte donc de tout ceci que, dans une très-grande majorité de cas, la dysménorrhée à divers degrés, depuis l'aménorrhée jusqu'à des degrés inférieurs, c'est-à-dire l'absence d'excrétion cataméniale ou sa difficulté avec

tous les retentissements douloureux, reconnaît pour cause la plus manifeste, la plus positive, la rétention due à un obstacle matériel. Il en résulte également que cet obstacle s'oppose à la descente des ovules dans le canal, puisque la ponte est retenue dans la cavité utérine ; qu'il s'oppose également au passage des spermatozoaires destinés à aller féconder l'œuf ; de là une impossibilité absolue ou une impossibilité relative de fécondation pour la femme et la cause la plus claire de sa stérilité.

Il faut reconnaître pourtant que, dans un certain nombre de cas, il n'y a pas de rapports proportionnels entre la dysménorrhée et la sécrétion du sang dans la cavité utérine, mais plutôt rapports entre l'activité de la congestion utérine et un éréthisme nerveux tout spécial.

En effet, dans ces cas auxquels nous faisons allusion, il y a douleur vive au commencement et probablement avant que le sang passe des vaisseaux dans la cavité utérine, pendant la période de congestion. On peut aisément faire rentrer dans cette catégorie les personnes qui éprouvent des souffrances, de vraies tortures, un, deux, ou trois jours avant que le sang apparaisse.

C'est le gonflement de la muqueuse utérine par la réplétion des vaisseaux distendus qui cause alors les douleurs.

En sorte que, sang retenu dans les vaisseaux d'une part, et sang retenu dans la cavité utérine après exhalation, d'autre part, telles sont les deux causes actives de la dysménorrhée. Cette distinction, nettement établie par Barnes, est tellement plausible et conforme à l'observation des faits, qu'elle nous paraît aujourd'hui indiscutable et que nous nous y rallions absolument.

Dans cette double série de cas, il y a phénomène commun : excrétion difficile qui entraîne par un méca-

nisme diffèrent la distension de la fibre utérine et l'irritation nerveuse ; dans les uns, c'est par la réplétion des vaisseaux ; dans les autres, par la réplétion de la cavité de l'utérus.

Les autres cas de dysménorrhée qui ne rentrent pas dans cette double série sont rares, et, parmi eux, voici ceux que l'on peut signaler avec certitude :

1° Dans les anté et rétroflexions, la courbe formée par le col peut, à un point donné, comprimer le canal par un coude qui se replie à angle plus ou moins aigu. Il y a alors dysménorrhée, et la cause est encore ici la difficulté de l'excrétion ou de l'écoulement du sang, jointe peut-être à une certaine prééminence congestive causée par l'état d'incurvation utérine.

2° Les soudures plasmatiques subies par l'utérus à la suite de périmétrite ou pelvi-péritonite, après couches, avortement ou non, sont également des causes de dysménorrhée, ces soudures empêchant les libres contractions utérines.

3° L'endo-métrite, quelle qu'en soit la cause, peut entraîner les mêmes résultats par les désordres produits dans la cavité utérine même.

4° Enfin diverses tumeurs hypertrophiques, fibroïdes ou autres, existant soit dans le canal utéro-vaginal, soit au dehors et autour, aboutissent à produire la dysménorrhée, en s'opposant au libre écoulement du sang exhalé dans la cavité utérine.

Toute cette autre série de causes de dysménorrhée devient également, sinon d'une manière absolue dans tous les cas, au moins relativement, un obstacle à la fécondation et entraîne l'impuissance. Il y a donc un double motif à les faire disparaître, si l'on peut, au double point de vue de la santé de la femme et de sa mise en demeure d'être fécondée.

1° Traitement des obstructions du canal cervical de l'utérus.

Ces obstructions donnent lieu à l'aménorrhée, à la dysménorrhée, quelquefois à la ménorrhagie, aux métrorrhagies ; à la distension de l'utérus par l'accumulation du sang dans sa cavité ; à la déchirure de ses parois par trop grande distension, ou à l'échappement, par les trompes, de ce liquide dans la cavité péritonéale, où il peut déterminer des accidents mortels, donner lieu à ces accumulations sanguines dans le petit bassin, qu'on dénomme hématocèles péri ou rétro-utérines. Elles entraînent à leur suite l'impuissance de la fécondation d'une façon absolue quand l'obstruction est complète, et d'une façon relative quand elle est incomplète ; nous l'avons déjà dit. Mais ces obstructions, comme l'impuissance qu'elles engendrent, ne sont que temporaires. Chez quelques sujets, la dyspaneurie ou copulation douloureuse et incomplète en est une conséquence aussi. Ces obstructions peuvent être radicalement guéries par le nouveau procédé opératoire que je vais exposer tout à l'heure.

Cependant, si l'on peut détruire l'obstruction, il peut arriver, qu'après cette destruction, l'impuissance persiste, ainsi que l'aménorrhée, et cela d'une manière définitive.

C'est ce qui a lieu quand l'obstruction, à force de persistance, a fini par entraîner, par suite d'inflammation ou d'une gêne trop prolongée de la fonction, l'atrophie des ovaires et l'extinction de la fonction menstruelle. C'est alors un résultat en tout semblable à celui qui survient quand l'inflammation initiale ou idiopathique de l'ovaire, ou tout autre genre de lésion ou de dégénérescence, ont entraîné l'atrophie de celui-ci.

Dans mes articles relatifs au traitement des déviations utérines et en particulier des anté et rétroversions, anté et rétroflexions, j'ai démontré comment je fais justice de la dysménorrhée qui les accompagne ordinairement.

Si quelques cas d'inflexion amènent, par le coude formé par l'utérus sur le col, un aplatissement, une coarctation sur un point du canal cervical, mon procédé opératoire, ainsi que cela découle des faits publiés par moi, parvient à triompher de ce genre d'obstruction. Je ne m'en occuperai donc pas ici ; je ne m'occuperai pas non plus des obstructions qui sont dues à la présence d'un fibrome, d'un polype ou d'autres dystocies utérines qui ont leur place ailleurs, de même que de celles qui résultent de tumeurs et effusions extérieures à la matrice et qui pressent sur elle, comme la pelvi-péritonite, la pelvimétrite, l'hématocèle péri-utérine et qui, par cette pression, gênent les mouvements, entretiennent un état d'hypérémie et entraînent parfois une aménorrhée durable, comme dans l'observation suivante :

Obs. LVIII.

Flegmon péri-utérin consécutif a une pelvi-métrite ; ouverture spontanée dans le rectum ; dix-huit mois d'aménorrhée et d'impuissance, soit a la marche, soit même a la station debout ; épuisement de la malade après toutes sortes de traitements inutiles ou sans résultat, prescrits par de nombreux confrères, parmi lesquels deux des plus renommés accoucheurs ; guérison et retour de la menstruation après un mois d'application continue de glace sur le ventre avec onctions belladonnées a l'extérieur, et les martiaux et la glace a l'intérieur.

Mme X..., marchande de parapluies, rue du Bac, 22 à 23 ans, mariée depuis dix-huit mois, primipare, accouche le .... L'accouchement a été terminé au forceps par un confrère distingué. Dès le troisième jour de l'accouchement, frisson et fièvre, avec douleur dans la fosse iliaque gauche, vomissements, etc. Notre confrère diagnostique un flegmon de la fosse iliaque et institue un traitement rationnel ; mais les accidents suivant leur cours, il s'adjoint un professeur une première fois, puis un second, maître

justement renommé en obstétrique. Au bout d'un mois, rien n'était amendé ; la malade avait perdu l'appétit et les forces, la fièvre persistait moins intense. Il y avait impossibilité absolue du moindre déplacement dans le lit. Le décubitus sur le dos était forcé, et le membre pelvien gauche, siége d'irradiation douloureuse, était tenu en flexion permanente sur le bassin. Au trente-cinquième jour, je fus appelé à mon tour en consultation avec le confrère qui avait fait l'accouchement. Le flegmon iliaque était hors de doute et bien constaté par l'exploration intravaginale, combinée avec la palpation sus et rétro-pubienne du côté de la fosse iliaque gauche. Je proposai d'aller à la recherche du pus au-dessus de l'arcade pubienne à gauche, en disséquant couche par couche. On ne se décida pas. La temporisation fut acceptée par la famille.

Le célèbre professeur d'accouchement, déjà appelé une première fois, fut rappelé une seconde. La temporisation fut encore conseillée. Deux, trois, et peut-être quatre nouveaux confrères furent ensuite successivement consultés. Chacun apporta son contingent de lumières et de conseils. La malade n'était plus dans le cas de supporter une tentative opératoire ; elle était anéantie. Bref, il paraît que du troisième au quatrième mois, et après des douleurs intolérables, la collection purulente s'ouvrit dans l'intestin rectum, et la malade rendit des flots de pus d'une fétidité repoussante. Cette évacuation avait des intermittences. Dans les premiers temps, elle était très-abondante, à ce qu'il paraît, car la malade et les parents ont parlé de la moitié d'un vase de nuit parfois, ce qui nous semble exagéré. Puis, elle s'est amoindrie et ralentie; mais la malade restait toujours dans l'impossibilité de se mouvoir et était plongée dans un état cachectique. Finalement, il fut décidé qu'on la transporterait à la campagne, et de préférence à Bellevue, pour la soumettre à l'hydrothérapie.

Un premier séjour d'un mois à la campagne rendit un peu d'appétit. Un second mois passé à Bellevue, avec application d'hydrothérapie, ne donna pas de résultat plus sensible. Mme X... ne pouvait toujours pas marcher ni se tenir debout. Après quinze mois ainsi passés, la suppuration s'effectuant par le rectum d'une façon irrégulière, mais de moins en moins abondante, et le mari ayant épuisé ses ressources en frais de toutes sortes, le découragement complet se mit de la partie, et l'on cessa tous soins; la malade se contenta de rester au lit et de prendre du vin de quinquina, espérant ainsi remonter un peu ses forces. C'est après dix-huit mois de cet état, qu'un parent ou ami des époux X..., qui m'avait fait appeler une première fois, prit sur lui de me faire venir encore, pour que je lui rendisse au moins compte, d'une façon précise, de cette malheureuse situation.

C'était en février 1876, il y avait donc dix-sept mois que, pour la première fois, j'avais vu Mme X... Voici la situation où je la trouvai : Amaigrissement allant jusqu'à l'émaciation. La malade reste couchée nuit et jour et dans le décubitus dorsal ; se posant tantôt dans son lit, tantôt sur

un lit de sangle, pour changer ; elle peut se tenir à peine cinq minutes debout et faire quelques pas pour aller d'un lit à l'autre, mais en se pliant en deux, et sentant bien vite les douleurs de la fosse iliaque gauche et du fondement s'exaspérer ; elle a un peu de fièvre tous les soirs. Elle n'a pas eu encore son retour de couches ; ce qui la console, c'est que, depuis quelques jours, elle peut se nourrir un peu plus et que ses digestions se font passablement.

L'examen de la poitrine ne révèle rien d'anormal dans les poumons. Il y a un bruit de souffle très-marqué aux carotides et aux crurales, de même qu'à la région du cœur et au second temps. La malade étant très-maigre, les parois abdominales sont aplaties et facilement dépressibles. L'indicateur gauche, explorant dans le vagin et à la région iléo-pelvienne gauche, sent une tuméfaction diffuse qui occupe la paroi intérieuro-latérale gauche, s'étendant jusqu'au cul-de-sac postérieur gauche ; et quand la main droite appuie sur les parois de la fosse iliaque gauche, tandis que le doigt introduit dans le vagin presse de droite à gauche, et d'arrière en avant, il constate une tuméfaction diffuse un peu mollasse, mais non fluctuante : quand le toucher se fait un peu en arrière à gauche avec une certaine force, il suscite une douleur qui correspond au fondement. Depuis quinze jours les vomissements, qui avaient fréquemment lieu, ont cessé ; mais il y a parfois encore des envies de vomir.

En explorant le rectum, le doigt introduit dans l'anus, je crois percevoir une petite plaie en entonnoir sur la paroi antérieure et gauche de l'intestin ; en tous cas, le doigt retiré est souillé de pus. Comme cette pauvre malade est décidée à ne plus rien faire, j'ai beaucoup de peine à lui faire accepter la prescription suivante, qu'elle finit par promettre d'exécuter pendant un mois :

Onctions belladonnées sur le bas-ventre, notamment à gauche, recouvrir avec un linge double, puis application d'un boyau préparé plein de glace par-dessus le linge. Renouveler la glace nuit et jour. Glace à l'intérieur. Deux dragées de protochlorure de fer de Rabuteau à déjeuner et à dîner. Tisane de houblon. Eau de Soulthmatz avec le vin au repas.

Pendant trente-cinq jours, je n'ai pas de nouvelles de Mme X...

Le trente-sixième jour, M. X..., fabricant de parapluies, rue de la Paix, qui m'avait mené près de la malade, vient m'annoncer qu'elle est guérie et me prie de retourner la voir encore une fois.

Je me rends auprès de Mme X... le... ; elle me reçoit dans son magasin, où elle s'occupe de son commerce. Elle me déclare qu'au bout d'un mois de traitement les règles étaient revenues ; que le quinzième jour toute douleur avait cessé, et qu'elle avait pu commencer à se lever ; qu'elle a continué le traitement un mois, comme c'était convenu, et qu'elle a repris des forces, de l'embonpoint, ce que je constate aisément. Elle ajoute que, depuis près d'un mois, elle ne rend plus de pus dans les gardes-robes. A l'exploration directe par le vagin, je constate la disparition du reste de la

tumeur diffuse, et la palpation abdominale jointe à cette exploration fait reconnaître la souplesse des tissus sur ce côté égale à celle du côté opposé. L'indicateur, introduit dans le rectum, ne perçoit plus la petite plaie en entonnoir de l'intestin. Mme X... est bien et radicalement guérie. Six mois après je pouvais constater la persistance de la guérison.

2° Des étroitesses du col.

En première ligne des obstructions du canal cervical figure l'étroitesse proprement dite du col.

Cette étroitesse de la partie sous-vaginale du col avec ou sans projection, avec conicité du museau de tanche, réduit les proportions du diamètre du canal cervical à l'instar d'une coarctation du canal de l'urèthre.

La conicité avec étroitesse du méat est une anomalie congénitale, une malformation.

Cette anomalie est une cause active et palpable de dysménorrhée et par suite une cause de stérilité.

Il existe diverses formes de conicité, les unes plus prononcées, les autres moins. Dans des cas le museau de tanche est très-effilé, dans d'autres il l'est moins. Quelquefois il est aplati dans sa conicité et projeté, plus souvent en avant par effet du coït, plus rarement en arrière. Chez les vierges, il existe quelquefois, outre la forme conique avec ou sans projection, une autre forme commune d'étroitesse d'orifice. Le museau de tanche, au lieu d'être conique, est arrondi et comme un peu élargi au bout, ne dépassant la cloison vaginale que de six à dix ou douze millimètres ; il est comme induré dans ses tissus et présente un orifice externe circulaire.

On s'est, depuis longtemps, très-activement occupé de remédier à ces diverses formes d'étroitesse du col, et rarement on a pu en triompher d'une manière complète et surtout définitive. Voici les principales méthodes auxquelles on a recours : 1° le cathétérisme ; 2° la dilatation ;

3° l'incision de la commissure des lèvres soit avec le bistouri, soit avec des ciseaux, soit avec des instruments à doubles lames tranchantes sur leur bord externe et qui coupent en s'écartant comme le ténotome à double lame du frère Come pour l'opération de la taille. Nous allons brièvement, mais strictement, démontrer tous les inconvénients de ces méthodes, faire ressortir les motifs de leur insuccès définitif ; puis démontrer, avec faits à l'appui, que notre méthode de ténotomie utérine ignée, exempte de tout accident ou inconvénient, triomphe d'une manière définitive de ces obstructions, guérit la dysménorrhée et fait cesser la cause de la stérilité, quand il n'y a pas extinction des fonctions ovariennes.

Le cathétérisme du canal cervical, soit avec le cathéter de Simpson, soit avec celui d'Huguier ou tout autre, a besoin d'être exercé avec tact et par une main habile. Si, à l'époque menstruelle, il facilite l'écoulement du sang de la cavité utérine au dehors, il laisse, après, les choses en l'état, les tissus revenant sur eux-mêmes.

Si c'est un excellent moyen pour reconnaître la direction et l'étendue du canal cervical et pour corriger momentanément une atrésie de ce conduit, répété fort souvent, il serait dangereux sans pouvoir détruire l'étroitesse. Et puis, on ne conçoit pas qu'une femme puisse, pendant des mois et des années, se soumettre à une manœuvre qu'elle ne pourrait pratiquer elle-même.

La dilatation s'exerce de plusieurs façons, soit avec des bougies convenables dont on élève successivement et graduellement le numéro, soit avec des substances qui ont la propriété de se gonfler au contact de l'humidité, telles que l'éponge préparée, la tige de laminaria que l'on taille *ad hoc*. C'est un mauvais moyen : 1° parce que, quelque répété et continué qu'il soit, les tissus

finissent toujours par revenir à l'atrésie après un temps de sa cessation, et que les malades ne peuvent pas, comme les hommes pour les coarctations uréthrales, se sonder fréquemment; 2° parce que, employée sans discernement et même avec précaution, la dilatation peut susciter des accidents sérieux, l'endo-métrite, ainsi que j'en connais un exemple frappant qui nécessita un traitement curatif de six mois.

Quant à l'incision, quel que soit le procédé dont on use, soit avec les ciseaux en divisant l'une après l'autre chaque commissure, soit avec un bistouri coupant de dedans en dehors, soit avec le ténotome à double branche tranchante sur le bord externe, enfermé dans une gaîne et divisant les tissus suivant l'écartement donné par la pression graduée, elle est, dans le cas présent, parfaitement *inutile* et toujours *nuisible*. Je maintiens les deux mots et je m'explique :

Après la section, les parties qui ont été divisées tendent ici à se réunir, à moins qu'après la section on emploie la dilatation permanente comme après l'uréthrotomie, et pendant un temps assez long pour permettre aux lèvres écartées des plaies de se cicatriser sans contact de l'une à l'autre. Or, si la dilatation est déjà mauvaise et dangereuse par elle-même, elle expose bien plus les malades après une petite opération sanglante.

Si les lèvres des plaies non maintenues en dilatation permanente se réunissent, s'adossent en cicatrisant, et c'est ce qui a lieu, il résulte une cicatrice inodulaire qui, par suite de la propriété rétractile des tissus, vient augmenter l'étroitesse primitive du méat. Donc l'incision est un moyen non-seulement inutile, mais dangereux dans le sens que je viens d'indiquer, si tant est qu'elle soit tout à fait inoffensive sous d'autres rapports. Jobert de Lam-

balle l'avait employée souvent, sans jamais avoir obtenu de bons résultats. Bien d'autres avant ou après lui ont eu constamment les mêmes insuccès quand ils n'ont pas déterminé d'accidents. La seule manière de tirer un bon parti de l'incision des commissures serait d'obtenir la cicatrisation des plaies en maintenant leurs lèvres écartées ou la dilatation permanente après incision ; mais, outre les dangers auxquels on exposerait les malades, nous considérons la chose comme irréalisable pour bien des motifs que nous n'avons pas à exposer, mais faciles à deviner.

Donc les méthodes que je viens d'analyser n'ont jamais pu vaincre d'une manière définitive l'étroitesse du canal, triompher de ces obstructions matérielles, et, par conséquent, ont laissé les malades avec leur dysménorrhée et leur cause de stérilité, ce qui est, pour les femmes qui en sont atteintes, un sujet de désespoir et le motif de troubles physiques et moraux qui finissent par imprimer à beaucoup d'entre elles un cachet d'hébétude, d'alanguissement et de tristesse qui leur fait fuir la société.

Si l'on était réduit aux moyens sus-énumérés, et jusqu'ici il n'y en a pas eu d'autres, les cols coniques avec méat ou canal rétréci resteraient définitivement incurables et les personnes qui en sont atteintes conserveraient, leur vie durant, ces anomalies ou vices de conformation avec toutes leurs funestes conséquences.

J'ai été amené graduellement, à la suite de ma méthode de ténotomie utérine ignée, appliquée si souvent et si heureusement, à la guérison des déviations utérines de toutes sortes, et par conséquent après avoir triomphé nombre de fois de ces coarctations du canal cervical que l'on rencontre si fréquemment dans les cas d'inflexion prononcée, à concevoir l'idée d'appliquer la même méthode à la cure de l'étroitesse des cols

coniques. J'ai fait plusieurs tentatives, et dans tous ces cas j'ai pleinement réussi.

3° Procédé opératoire.

J'explore d'abord le canal cervical avec une toute fine bougie en baleine, terminée par une toute petite olive mousse à son extrémité pénétrante; celle dont je me sers pour explorer et franchir les rétrécissements de l'urèthre, infranchissables par les bougies molles les plus fines.

Quand je suis arrivé à l'ouverture cervicale supérieure, je franchis, par de légers mouvements de rotation et d'inflexion, et je pénètre dans la cavité utérine. Une certaine sensation m'indique que je suis dans cette cavité, et la mensuration avec une autre bougie pareille, que je pousse sur le col, à côté de l'autre, pour les retirer ensemble après, indique exactement l'étendue du trajet parcouru par la première, par la différence de longueur des deux extrémités mesurées par millimètres.

Une fois certain du résultat, je me sers de mon ténotome cylindrique à curseur monté sur un manche et représenté à la figure A, pour m'assurer si je parcourrai facilement avec la tige cylindrique le canal cervical jusqu'à son ouverture supérieure. Pas n'est besoin d'aller avec cet instrument dans la cavité utérine, puisque je me suis assuré, par le précédent cathétérisme, que cette cavité communique avec le canal et qu'il n'y a aucun obstacle.

La malade a subi ces explorations dans le décubitus dorsal et à travers le spéculum, prête à être opérée.

Le cylindre curseur, qui a été fixé au niveau voulu dans la tige creuse, au moyen d'un pas de vis, est aussitôt chauffé au rouge cerise, et immédiatement j'enfile le méat et parcours le canal jusqu'à ce que la boule s'ar-

rête au méat, qu'elle cautérise circulairement et profondément, tandis que le cylindre cautérise le canal dans l'étendue déterminée d'avance. C'est là une première escarrification de sûreté.

Le même instrument, chauffé une seconde fois et presqu'au rouge blanc, est réintroduit pour produire plus profondément l'escarre sur les mêmes points, par un mouvement rapide de rotation. Si cela devient nécessaire, un troisième à tige plus grosse est introduit à son tour et de la même façon.

La voie est ainsi bien ouverte ; et, désormais protégé par les escarres, je suis à l'abri de tout accident.

Un ténotome lancéolaire, en langue de carpe, représenté à la figure B, bien acéré, tranchant sur les côtés comme une lancette, ayant un centimètre transverse à la base des ailes, est chauffé au rouge cerise. Je l'introduis, la pointe directement dirigée dans le canal, déjà largement ouvert, et, le poussant fortement avant, je coupe des deux côtés, de telle façon que, par la base, je divise presque complétement les deux commissures, et que le méat offre alors une ouverture transversale d'un centimètre.

Avec le ténotome-truelle, représenté à la figure C, ayant de la base à la pointe une arête sur chaque face, et sur chaque aile une autre arête qui forme en longueur une saillie angulaire, portée au rouge blanc, je parcours le canal cervical dans la même étendue. Cette nouvelle escarrification agrandit latéralement les incisions faites par la langue de carpe, dans le sens de l'épaisseur des tissus, en même temps que, par les arêtes des faces supérieure et inférieure, elle produit sur les faces antérieure et postérieure du canal un sillon médian. Inutile d'ajouter que ces diverses manœuvres sont à peine senties par les malades, grâce à la tolérance de

l'utérus pour le fer rouge, et à l'application de compresses d'eau froide qui éteignent l'action du calorique, propagé plutôt par le spéculum à glace de Fergusson que par la cautérisation même.

Quand les escarres se sont détachées, que les tissus ont subi la cicatrisation complète, et par conséquent tout l'effet de la rétraction cicatricielle, c'est-à-dire au bout de cinquante à cinquante-cinq jours, sans que, durant tout ce temps, j'aie exercé ni cathétérisme, ni dilatation, je trouve le méat largement et ovalairement ouvert, souple, permettant, avec la plus grande facilité, l'introduction d'une bougie du plus gros calibre à extrémité olivaire et sa pénétration en arrière. Une grosse sonde à bout arrondi pénètre avec la même facilité.



A



B



C

A. Canule métallique à gaîne terminée en boule, avec tige à curseur enchassée dans la gaîne. Une fois les mesures prises par le cathétérisme, la tige est fixée au point voulu par le pas de vis, et le cathéter est chauffé ensuite pour le premier temps de l'opération.

B. Langue de carpe.

C. Ténotome en truelle.

On va juger, par les observations que je vais citer, des résultats vraiment heureux obtenus d'une manière définitive dans plusieurs cas : la malade de la LXIIe observation est partie dans son pays et n'a pas jusqu'ici donné de ses nouvelles.

Obs. LIX.

ÉTROITESSE DU COL, AVEC CONICITÉ ET EFFACEMENT ; DYSMÉNORHÉE ; NOMBREUX TRAITEMENTS ET TENTATIVES OPÉRATOIRES SUIVIS D'INSUCCÈS ; GUÉRISON PAR LA TÉNOTOMIE UTÉRINE IGNÉE.

Mme X..., avenue Wagram, 30 à 32 ans, attribut lymphatique sanguin, arrivée à un certain degré d'obésité ; mariée à 18 ans, n'a jamais eu de grossesse. La menstruation est irrégulière quant à la durée, souvent douloureuse, quelquefois se répétant à quinzaine, causant toujours certains troubles nerveux au début ou avant.

Après quatre ans de mariage et de stérilité, Mme X..., chez qui le médecin traitant avait reconnu une conicité du col avec étroitesse du méat, accepta de se soumettre à la dilatation par l'éponge préparée, laquelle notre confrère exerça pendant quelque temps.

Il survint des accidents aigus et graves qui nécessitèrent un traitement actif qui n'en triompha pas. Demarquay, appelé, cautérisa au fer rouge le museau de tanche, sans résultat. M. Nonat fut appelé à son tour, pratiqua des émissions sanguines et tint la malade au lit pendant un an. De quelle nature étaient ces acccidents ? était-il survenu une périmétrite, une endo-métrite, ou par hasard une hématocèle rétro-utérine ? on n'en sait rien. Mais le repos au lit, si prolongé, prescrit par M. Nonat, et les quelques phénomènes relatés par la malade laissent supposer un de ces accidents. Quoi qu'il en soit, après un an de repos absolu, Mme X... ne pouvait marcher, éprouvait des douleurs à chaque époque menstruelle. Chaque époque durait une dizaine de jours, commençant par la perte de quelques gouttes de sang pendant cinq à six jours, puis l'écoulement devenait un peu plus abondant, mais en quantité toujours restreinte.

Un autre spécialiste, affiché dans les journaux, fut appelé. Celui-ci introduisit dans le canal cervical une petite tige de fer cylindrique rougie au feu. Cette petite opération parut amener du soulagement au moins à la première menstruation, qui s'exécuta mieux. Quelque temps après, il incisa le col avec un ténotome à lames cachées dans une gaîne, mais la cicatrisation des plaies amena une étroitesse encore plus grande du méat. Enfin, devant cet insuccès, il eut de nouveau recours à l'introduction du petit cautère cylindrique, et une nouvelle amélioration s'en suivit, pendant un court espace de temps, pour la menstruation et pour certaines douleurs ressenties dans les fosses iliaques, notamment à gauche.

Il y avait alors dix-huit mois que Mme X... ne quittait presque pas son lit, quand, en 1872, au mois d'avril, je fus appelé auprès d'elle.

Voici ce que je pus constater de suite : douleur notable dans la fosse iliaque gauche, exaspérée par la pression, s'étendant dans la partie gauche du vagin sur la partie correspondante du museau de tanche et même de l'ouverture vulvaire. Un doigt introduit dans le vagin et pressant sur le fond à gauche pendant que la main droite presse sur la fosse iliaque du même côté sent un peu de tuméfaction diffuse et douloureuse. Rien ailleurs. Le ligament large de ce côté me paraît en souffrance et l'ovaire a, sans doute, subi un travail inflammatoire. Le col, court, un peu rond et dur, donne, au toucher, la sensation de granulations assez volumineuses, en forme de petits tubercules.

A l'examen au spéculum, examen très-douloureux à cause de la pression à gauche, au fond, je découvre à la surface du col, qui est pâle, de petites élevures comme des grains de millet, rouges, saignant par le frottement, et qui, malgré les cautérisations depuis le nitrate d'argent jusqu'au cautère actuel, vont se reproduire et persister sans fin. Le méat est très-étroit, reçoit à peine l'extrémité de ma bougie en baleine la plus fine, qui ne peut franchir sans causer de vives douleurs.

Après avoir, pendant un mois, combattu par des vésicatoires, des frictions résolutives, des applications de glace, etc., les douleurs de la fosse iliaque gauche, résultant, selon moi, d'une périmétrite chronique, je réédite moi-même l'introduction d'un stylet au rouge cerise dans le canal cervical jusques vers son ouverture supérieure. Puis deux autres stylets, un peu plus volumineux, également au rouge cerise, sont introduits jusqu'à la même hauteur. Enfin avec un marteau au rouge-brun je cautérise toute la surface du museau de tanche pour détruire les élevures rouges.

Le résultat de ces manœuvres a été de permettre à la malade, pendant quelque temps, de marcher librement, d'être débarrassée des douleurs principales, sans rien changer à l'excrétion du sang durant les époques. Ainsi, sans varier, quelques gouttes de sang apparaissaient pendant six, sept et huit jours, puis le sang coulait continuellement, mais en faible proportion pendant trois et quatre jours, et les élevures rouges paraissaient toujours à la surface du col comme s'il s'agissait de dilatation en ampoule des capillaires sanguins sur ces points.

Bref, après toutes sortes de soins et de traitements inutiles, Mme X.... éprouvait toujours les mêmes phénomènes aux époques menstruelles, et de plus continuait à ressentir, de plus en plus, dans le bassin, des souffrances qui semblaient dépendre de la pression des intestins sur le corps de l'utérus et des annexes, et qu'un pessaire en caoutchouc à air pouvait seul soulager sans les faire disparaître. Bien persuadé que ces derniers phénomènes douloureux dépendaient d'une irritation utérine pendant la période congestive, puis de la distension de la cavité utérine par le sang exhalé en-

suite et qui ne pouvait être excrété que difficilement et peut-être incomplétement; jugeant, enfin, que toute cette série de phénomènes avait un retentissement général sur l'organisme et le moral de la malade, qui en était profondément affectée, je me décidai à tenter, d'aprés la méthode nouvelle que je viens de décrire, le débridement du méat et d'une grande étendue du canal cervical.

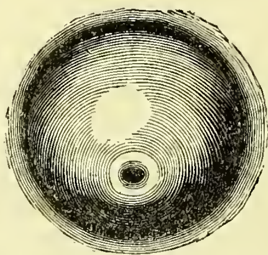


Figure représentant le col à mon premier examen.

L'opération est pratiquée le 1er octobre 1875, en présence du mari, homme d'une haute intelligence, qui a compris de suite le but de l'opération et les chances de succès. Mme X... attend ses époques dans une huitaine de jours. Rien de particulier à noter durant et après l'opération, sinon que la malade, fort impressionnable et redoutant tout, a éprouvé une grande satisfaction par l'absence de toute douleur notable durant le manuel opératoire. De la glace est maintenue sur le bas-ventre pendant 48 heures, puis il est pratiqué des injections de lavage à l'eau de son.

Tout allait bien, lorsque, le 7 octobre, à quatre heures du soir, Mme X... est prise de douleurs d'abord sourdes, puis de plus en plus vives, qui s'étendent rapidement à tout le bas-ventre et déterminent des vomissements fréquents et un peu de ballonnement avec un certain degré de prostration.

Mme X... croit être prise de péritonite et dit qu'elle reconnaît bien là les mêmes accidents qui sont survenus, il y a quelques années, à la suite des tentatives de dilatation. Je la calme en lui disant que c'est la cavité utérine qui est remplie de sang par l'exhalation consécutive à la congestion qui donne lieu à ces accidents; que l'excrétion va avoir lieu probablement pendant la nuit. Un cataplasme laudanisé est appliqué sur le ventre; on donne une infusion chaude de tilleul et feuilles d'oranger, et je prescris une potion calmante à prendre par cuillerée de demi-heure en demi-heure, avec la précaution d'ingérer de temps en temps quelques morceaux de glace pour arrêter les vomissements.

A quatre heures du matin commençait franchement l'excrétion sanglante et toute douleur disparaissait complétement; une douce moiteur humectait

la peau de la malade qui se trouvait dans un excellent état. La menstruation a duré quatre jours pleins, et beaucoup plus abondante qu'elle n'avait été depuis dix ans.

Le 30 octobre, examen au spéculum. Les élevures rouges ont complétement disparu, et cette fois sans la cautérisation au fer rouge. C'était donc bien des ampoules du réseau capillaire, déterminées par l'engorgement du col à la suite de l'imperfection de l'excrétion et durant la période congestive.

L'ouverture du museau de tanche est ovalaire, de près de deux tiers de centimètre. Les escarres sont détachées, les chairs sont rosées et lisses. Je puis exercer facilement et sans douleur le cathétérisme de tout le canal cervical avec une grosse bougie à extrémité olivaire.

La malade se lève, marche librement; elle ne peut croire à la durée de ce bien-être. La seconde menstruation a lieu le 1 novembre. Elle est précédée d'un peu de douleur qui ne nécessite aucune intervention. Elle s'exécute aussi bien que la première.

3e menstruation, le 2 décembre, cette fois sans douleur, de cinq jours de durée. Aucune de ces trois époques n'a été précédée de l'apparition de quelques gouttes de sang pendant un certain nombre de jours comme précédemment. Le méat n'a pas subi d'autre rétraction et peut admettre une sonde de gros calibre. Trois mois après l'opération, Mme X... se trouve débarrassée définitivement de tous les accidents dont l'étroitesse du col était le point de départ réel. Depuis lors, la menstruation s'est toujours bien exécutée, car je vois fréquemment la malade. La cure est donc bien définitive.

Obs. LX.

ÉTROITESSE DU MÉAT AVEC CONICITÉ DU COL PROJETÉ EN HAUT ET A DROITE; AMÉNORRHÉE; OPÉRATION PAR LA TÉNOTOMIE UTÉRINE IGNÉE; GUÉRISON.

Mme B..., de New-York, est venue exprès à Paris pour se faire soigner. Elle a 29 ans, est très-lymphatique, pâle, anémiée, très-nerveuse.

Réglée à 13 ans, sa menstruation a toujours été irrégulière, peu abondante, mais elle n'a jamais cessé jusqu'à son mariage, à 19 ans.

Après le mariage, aménorrhée pendant quatre mois. Plusieurs médecins ont vu alors la malade et ont supposé une grossesse.

Depuis la cessation des règles, il y a toujours eu douleur dans les reins, dans les aines, surtout à gauche. Environ neuf mois après la suppression, menstruation peu abondante, précédée d'exagération des douleurs précitées et accompagnée d'une grande excitation nerveuse générale.

Depuis lors, la menstruation n'a eu lieu qu'une fois l'an, à des époques variables et toujours précédée et suivie des mêmes troubles fonctionnels locaux et généraux exagérés.

Aujourd'hui la malade prétend n'avoir rien vu depuis deux ans. Elle s'est affaiblie de plus en plus ; sa pâleur a augmenté ; elle éprouve des palpitations fréquentes, de l'étouffement et toutes sortes de troubles nerveux hystériformes, avec bizarrerie dans le caractère. La marche ne peut être supportée plus d'une demi-heure ; névralgies fréquentes surtout à la tête, parfois à la poitrine avec le caractère d'uni-latéralité gauche. Il y a dyspareunie, inappétence, dyspepsie et constipation tellement opiniâtre que la malade reste quelquefois huit à dix jours sans évacuation.

Depuis une dizaine d'années, elle a subi des traitements variés sans éprouver d'amélioration notable. On a pratiqué la dilatation qu'on a dû abandonner comme nuisible; et l'an dernier, en avril, le docteur Valker, de New-York, a pratiqué le débridement par incision des commissures des lèvres sans aboutir à autre chose qu'à une rétraction cicatricielle qui a augmenté l'étroitesse du col.

Après constatation de l'existence d'étroitesse du col avec conicité et projection à droite et un peu en haut, étroitesse telle que le méat n'admet pas la tête d'une petite épingle ; après m'être assuré qu'il existe dans le cul-de-sac postérieur gauche une très-grande sensibilité, exagérée par la pression iliaque, la malade est soumise pendant trois semaines à un traitement général approprié, aux onctions avec la pommade iodurée et applications de glace par-dessus. Enfin, après un grand apaisement de la douleur plus haut citée, apaisement dont un large vésicatoire à la fosse iliaque gauche semble avoir fait les plus grands frais, j'opère la malade le 8 septembre 1875, et en suivant exactement le même procédé que dans ma précédente observation.

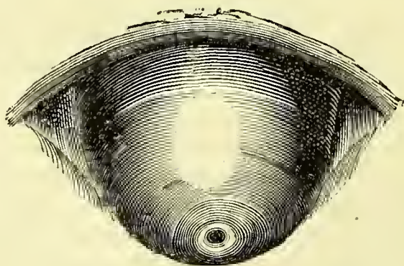


Figure représentant le col à mon premier examen.

Tout se passe bien à la suite de l'opération.

Le 22, Mme B... a ses règles sans douleur. Le sang commence par être noirâtre et fétide, coule en abondance pendant quatre jours, pour diminuer ensuite graduellement et finir le septième.

Le 22 novembre, Mme B... partait pour l'Italie, sans avoir eu ses règles

une seconde fois, mais en bon état, ayant récupéré ses forces et débarrassée de la majorité des accidents nerveux.

Obs. LXI.

Col conique avec étroitesse ; opération ; guérison.

Mme X..., boulevard de la Madeleine, 26 ans, mariée depuis cinq ans, n'a pas eu de grossesse. Dysménorrhéique depuis la première menstruation, avec la série de ces accidents fonctionnels et nerveux inutiles à dépeindre, elle est anémique, éprouvant constamment une sensibilité aux aines et au bas-ventre, dans la marche, et surtout aux époques, qui ne manquent presque jamais, mais qui sont irrégulières et peu abondantes. Il y a leucorrhée dans l'intervalle. Traitement général pendant un mois par les martiaux et les amers. Cette femme a été admise dans un hôpital pour se faire opérer. Elle y a séjourné pendant un mois et demi et en est sortie comme elle y était entrée.

Opération le 17 juillet 1875. Suites simples et ordinaires. Mme X... a pu reprendre son travail le troisième jour.

Le dixième jour de l'opération, menstruation sans douleur, abondante, de dix jours de durée.

3 août, deuxième menstruation régulière de quatre jours de durée. État général très-bon.

Devenue enceinte dans le courant de septembre, sa grossesse se confirme aujourd'hui (1).

Obs. LXII.

Col conique, effilé, avec projection en avant en haut ; coarctation du canal cervical, étroitesse du méat, induration du col.

Il s'agit d'une dame de province, douée d'une bonne constitution, âgée de 32 ans, mariée depuis onze ans, n'ayant jamais eu d'enfant.

Elle est venue deux fois à Paris pour consulter. Elle n'a éprouvé aucune amélioration par les traitements prescrits.

Jeune fille, elle était bien réglée à 16 ans. A la suite d'une rougeole intense, et après des douleurs abdominales mal définies, qui durent être combattues pendant longtemps, la menstruation ne se rétablit plus, à proprement parler.

Elle était indiquée à chaque époque par un léger écoulement couleur chocolat, auquel succédait une abondante excrétion glaireuse qui, après trois ou quatre jours, diminuait pour se maintenir jusqu'à l'époque suivante. Il y avait donc aménorrhée.

(1) Cette femme est accouchée à terme d'un enfant bien portant.

On pensa que le mariage remédierait à cet état de choses. Il n'en a rien été, puisque tout est resté en l'état.

Aujourd'hui, cette dame est en apparence très-bien portante, puisqu'elle conserve un embonpoint réel.

Du côté de l'utérus, il n'y a rien de saillant, au moment présumé de l'époque menstruelle, que les phénomènes indiqués plus haut.

Comme phénomène de retentissement général, elle accuse une dyspepsie de longue date, qu'on a dû combattre souvent et longtemps, et à laquelle elle est sujette encore.

Après l'exploration du canal cervical avec la plus fine bougie en baleine que je fais pénétrer dans la cavité utérine, l'opération est pratiquée le 25 octobre 1875. Après le premier temps de l'opération, les glaires qui s'écoulent de la cavité utérine, cuites par l'action du fer rouge comme du blanc d'œuf, viennent obstruer le méat, et je passe un certain temps pour le dégager.

Après le second temps, le même phénomène se produit avec plus d'intensité. Je passe une demi-heure à retirer ces mucus cuits et à cautériser successivement le canal et la cavité utérine. Il n'y a rien eu de particulier à la suite de l'opération. Le 9 novembre suivant, le méat étant grandement ouvert avec mollesse du col, et le canal cervical étant parcouru par une bougie de gros calibre, la malade retourne chez elle. Nous ne savons les résultats définitifs de cette opération jusqu'aujourd'hui (1).

Il est clair que, s'il y a atrophie des ovaires, comme les phénomènes qui ont suppléé la menstruation depuis si longtemps le laisseraient craindre, les règles ne reparaîtront pas. Si, par impossible, cette atrophie n'existe pas, la menstruation se rétablira, parceque l'opération a fait disparaître l'obstruction du col.

Obs. LXIII.

RÉTROVERSION AVEC COL CONIQUE POJETÉ EN AVANT EN HAUT.

Mme Rav..., rue Cardinet, 42 ans, dix-huit ans de mariage, n'a jamais eu de grossesse, s'est toujours bien portée, malgré ses fatigues de marchande de vin, et n'a jamais rien noté de particulier dans sa santé jusqu'en 1870.

Avec les privations durant le siége de Paris, les fatigues, les tourments,

(1) Depuis, nous avons reçu une lettre de son médecin qui l'a pansée et soignée. Ce confrère constate la disparition de l'étroitesse du méat et du canal cervical, dans lequel il fait pénétrer une bougie du plus gros calibre. Mais la menstruation ne s'est pas rétablie. Les ovaires sont donc probablement atrophiés.

et surtout des refroidissements dont l'un a été suivi d'une bronchite intense, sont survenues de la faiblesse, la diminution de l'appétit, et des digestions de plus en plus difficiles. La menstruation, qui avait toujours été régulière, ou à peu près, a subi des perturbations (retard ou avance). Il est survenu de la ménorrhagie, qui a poussé encore à l'affaiblissement de la malade.

Après avoir donné à cette malade des soins pour les troubles digestifs et avoir amélioré les fonctions de l'estomac, investigation de ma part du côté de l'utérus en raison de la constipation opiniâtre, d'un sentiment de pesanteur continuelle sur le rectum et de l'abondance des flueurs blanches. Ces phénomènes, joints à la ménorrhagie qui a toujours eu lieu depuis 1870, me font craindre une rétroversion. Du reste, la malade profondément anémiée, a besoin de réparer le sang et d'enrayer tous les accidents qui perpétuent et aggravent l'anémie.

L'examen direct de toutes les façons révèle précisément une rétroversion sans augmentation de poids et de volume de l'utérus, et sans autre lésion de l'organe. Seulement le museau de tanche, porté en haut, en avant et au-dessus du niveau du globe est conique, aplati d'arrière en avant, mais sans érosions ni granulations. Du reste, sa forme est celle d'un col de jeune femme qui n'a jamais eu d'enfant ; le méat est circulaire, étroit, et les lèvres non séparées par des commissures. La malade est soumise au traitement général.

Opération de la rétroversion le 6 février 1874 ; en même temps agrandissement du méat.

Au commencement de mai suivant, Mme Rav..., qui est complètement guérie de la rétroversion et des accidents qu'elle suscitait, a récupéré ses forces en très-grande partie, et la menstruation est devenue régulière.

Revue en 1876, cette malade, qu'on avait supposée atteinte d'une affection organique à cause de la pâleur, du mauvais état de ses fonctions digestives, etc., se porte parfaitement bien.

Obs. LXIV.

RÉTROVERSION ; COL CONIQUE, APLATI D'AVANT EN ARRIÈRE, DIRIGÉ SUR LE PUBIS ; ACCIDENTS AIGUS, MÉTRITE AVEC HÉMORRHAGIE D'UN MOIS DE DURÉE, APRÈS UNE RÉTENTION D'UN MOIS ; GUÉRISON PRÉALABLE DE LA MÉTRITE ; OPÉRATION ULTÉRIEURE ; GUÉRISON.

Mme C..., femme d'un charbonnier de Montmartre, 3 bis, rue des Accacias, 25 ans, mariée depuis cinq ans, bien constituée, vigoureuse, n'a jamais eu de grossesse ; elle est dysménorrhéique, quoique la menstruation s'exécute régulièrement quant aux époques.

En septembre 1875, après une rétention d'un mois, douleurs vives dans le bas-ventre, évanouissements, fièvre, puis apparition du sang, qui coule de plus en plus abondamment. Les douleurs sont vives, continuent sans intermittence, et persistent pendant un mois ainsi que la perte. Applica-

tion de sangsues, bains répétés, glace sur le ventre, laxatifs, vésicatoires, repos absolu au lit, triomphent des accidents aigus. Rétablissement au bout de deux mois. Opération le 15 décembre suivant; redressement de l'utérus; guérison de l'étroitesse du col. Guérison complète le 8 février 1876.

Obs. LXV.

Rétroversion ; col conique ; atrésie du méat ; dysménorrhée.

Mme B..., 30 ans, rue de l'Empereur, à Montmartre. Mariée depuis neuf ans, sans enfant, dysménorrhéique depuis la première menstruation. Chaque époque est tellement douloureuse que la malade garde le lit, a des crises nerveuses, généralement peu d'écoulement sanguin. A eu deux rétentions de règles d'un mois à un mois et demi chaque, puis une hémorrhagie consécutive après des douleurs comme dans l'enfantement. Santé détériorée. Pâleur, palpitations, dyspepsie, constipation opiniâtre, perte d'appétit, névropathie sur divers points. Douleur habituelle au coccyx et dans les aines exaspérée à chaque époque. Grande faiblesse des extrémités inférieures; marche difficile, ne pouvant être supportée longtemps. Après examen et constatation d'une rétroversion avec col conique projeté en avant en haut et constatation du rétrécissement du méat en avril 1869, opération le 25 du même mois. Guérison fin juin, après quelques petits accidents des premiers jours. Cessation de la dysménorrhée, menstruation régulière et reprise des forces. Six mois après cet état persistait. Mme B... est partie ensuite pour le Midi et nous ne l'avons plus revue.

Obs. LXVI.

Antéversion; rétrécissement congénial du méat cervical; dysménorrhée depuis l'établissement de la menstruation.

Mme M..., rue de la Pompe, Passy, 32 ans, blonde, obèse, n'a jamais eu d'enfant; a été réglée à 19 ans, et a toujours souffert beaucoup avant et pendant l'éruption menstruelle, à tel point qu'elle est obligée de garder le lit tout le temps.

L'éréthisme nerveux est considérable, et les accidents principaux qui tiennent à cet éréthisme pendant la menstruation sont dyspnéiques et dysphagiques, nonobstant les douleurs du bas-ventre et des reins qui sont alors exaspérées.

Cette malade a subi toutes sortes de traitements, en éprouvant de temps en temps un peu d'amélioration, et en définitive pour retomber toujours dans le même état.

Conduite chez moi par une de ses amies que j'ai opérée, je me livre à un examen scrupuleux de tous les organes dont aucun ne présente d'altération appréciable, puis de l'utérus, en faisant l'exploration dans tous les sens et de toutes façons. Après avoir diagnostiqué une antéversion oblique

gauche avec un orifice extrêmement étroit dans lequel j'ai peine à faire pénétrer une très-fine bougie en baleine à sommet olivaire qui, une fois engagée, pénètre facilement, franchit l'ouverture cervicale interne et pénètre dans la cavité utérine, je soumets la malade à un traitement général et local de deux mois de durée et lui promets de l'opérer ensuite avec quelqu'espoir de succès; ceci se passait en avril 1875.

Le 9 juin je procède à l'opération d'abord de l'antéversion, puis de l'agrandissement du canal cervical.

Vers le milieu du mois d'août, guérison complète de l'antéversion. Le méat cervical reste perméable et permet l'introduction d'une forte bougie à bout olivaire ; la dysménorrhée a cessé avec toutes ses conséquences.

Obs. LXVII.

ANTÉFLEXION LÉGÈRE ; CONICITÉ AVEC ÉTROITESSE DU COL ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

M[lle] St...., artiste, 29 ans, rue de Laborde, blonde, lymphatique, un peu obèse, a été réglée à 16 ans. Elle a eu les pâles couleurs et a subi à ce sujet des traitements prolongés.

La menstruation a toujours été irrégulière et accompagnée de douleurs dans le bas-ventre et les reins. Durant la période menstruelle, elle est sujette à des crises nerveuses hystériformes, et à une céphalalgie de plus ou moins longue durée. L'excrétion sanguine s'opère lentement et difficilement. Une fois la période passée, tout rentre dans l'ordre; la malade peut reprendre ses exercices de chant, mais elle conserve toujours une susceptibilité nerveuse. En outre, elle a une dyspepsie variable dans ses degrés, mais persistante; des palpitations à l'ascension ou à la marche rapide ; elle est sujette à de fréquents érythèmes de la gorge sans qu'il survienne jamais de granulations et qu'on dissipe aisément.

C'est à propos d'un de ces maux de gorge, que je soignais en novembre 1875, qu'elle me déroule son histoire et qu'elle se soumet à une exploration.

Après constatation d'une légère antéflexion ou projection en arrière du col conique de l'utérus avec étroitesse du méat, je propose l'opération, qui est acceptée.

Après un mois de traitement général, je la pratique fin décembre. Huit jours après la malade peut reprendre son rôle de chanteuse.

A l'examen ultime, fin mars 1876, je puis m'assurer de la bonne direction du col, de sa souplesse, avec un certain degré d'effacement. Le méat est largement ouvert, de façon à permettre l'introduction de la plus grosse bougie. La menstruation s'exécute bien, sans douleur, sans crises nerveuses, et cette personne se trouve transformée, sous le rapport de la santé générale, aussi bien que sous celui des troubles fonctionnels locaux.

C'est une guérison radicale qui se maintient, car j'ai pu voir cette personne le 15 juin et constater la persistance de la guérison.

Obs. LXVIII.

Rétroflexion; rétrécissement du méat cervical.

Mme de la Mon..., rue Jacob, 30 ans, d'origine américaine, bien constituée, mariée en secondes noces. A eu un enfant de son premier mariage, il y a dix ans. S'était très-bien portée les années suivantes. A eu beaucoup de mal durant la maladie qu'a supportée son premier mari. Depuis, a toujours ressenti une gêne dans le siége, de la constipation et des douleurs plus ou moins vives à l'approche et durant les premières vingt-quatre heures de la menstruation. — Du reste santé générale bonne.

Ce qui préoccupe beaucoup cette dame, c'est le désir de devenir mère, l'ayant déjà été une fois sous son premier mari et ayant perdu son enfant.

La rétroflexion que je constate et un degré d'atrésie du méat cervical peuvent raisonnablement rendre compte de la dysménorrhée et donner à penser qu'ils sont causes de la stérilité actuelle. Aussi Mme de la Mon... demande l'opération.

Elle est pratiquée le 20 mars 1876. Le 16 mai, la guérison est complète, la dysménorrhée a cessé, l'utérus est redressé et le méat a reconquis un calibre qui permet l'introduction de la plus grosse bougie à extrémité olivaire. Mme de la Mon... part pour son château, très-satisfaite.

Reste à savoir si le but qu'elle poursuivait sera atteint.

RÉSUMÉ DU CHAPITRE PRÉCÉDENT.

Nous venons de relater dix observations d'opérations d'atrésie du col, cause bien démontrée de stérilité. Dans ces dix opérations nous n'avons eu aucun accident à noter, même aucun signe de fièvre traumatique.

Sur ces dix cas, il en est deux (Obs. LIX et LX), où des tentatives avaient été infructueusement faites pour détruire l'atrésie. La dilatation et l'incision des commissures des lèvres avaient été pratiquées en pure perte et avaient été même suivies d'aggravation, après avoir suscité des accidents considérables chez le sujet de l'observation LIX, et des accidents moins graves chez le sujet de l'observation LX.

Chez toutes les malades nous avons triomphé de l'atrésie d'une façon durable, car, sur huit des dix cas, nous avons pu nous tenir au courant des résultats. Dans deux cas (Obs. LX et LXVIII) nous n'avons pu suivre les malades que pendant deux mois. La constatation de la disparition de l'atrésie, après deux mois de l'opération, serait déjà suffisante, puisque la rétraction cicatricielle est alors complète, pour affirmer la guérison définitive. Mais, en nous appuyant sur les autres faits que nous avons sous les yeux, ou que nous pouvons suivre, il nous est permis d'affirmer que la guérison doit se maintenir chez ces deux malades comme chez les autres.

Le premier effet de l'opération est de faire cesser l'aménorrhée, quand les ovaires ne sont pas atrophiés et

que la sécrétion du sang peut s'opérer. Sur deux aménorrhéiques, nous avons obtenu l'apparition des règles chez l'une (Obs. LX), et chez l'autre (Obs. LXII) le sang n'a pas reparu, quoique tout le canal cervical soit resté dilaté au point d'admettre une sonde du plus gros calibre. Nous nous sommes donc trouvé, dans ce cas, en face d'une atrophie des ovaires, atrophie présumée d'abord.

Comme effet primordial aussi de l'opération, nous avons obtenu la disparition de la dysménorrhée avec toutes ses conséquences, chez les huit autres malades.

Les résultats pratiques démontrent, sans réplique, que notre manière de procéder, d'après la méthode de myotomie utérine ignée, comble définitivement une lacune dans la science.

Jusqu'à présent, une seule des dix malades (Obs. LXI) est devenue enceinte, non longtemps après l'opération. Elle a pu conduire sa grossesse à terme et accoucher heureusement. C'est la preuve irrécusable et frappante qu'en triomphant de l'atrésie, nous avons fait disparaître la cause de la stérilité, et mis la malade dans la possibilité d'être fécondée, sans que les suites de l'opération aient apporté une entrave à l'évolution de la grossesse et à l'accomplissement de l'acte normal de parturition.

Voilà des faits et des considérants bien capables d'édifier les praticiens et de les engager à nous suivre dans cette voie.

CHAPITRE III

ABAISSEMENT DE L'UTÉRUS

L'abaissement de l'utérus est direct, c'est-à-dire que l'organe s'abaisse également de toutes parts dans le bassin; c'est le prolapsus ou chute de la matrice au-dessous de son niveau ordinaire. Il est difficile de préciser le point où commence l'abaissement, tant les lignes de position normale sont peu précises. Mais un abaissement accentué est toujours appréciable. Le prolapsus a divers degrés. Quand il est extrême, le col, ou même l'utérus entier, traverse la vulve et fait saillie au dehors. C'est la procidence.

L'abaissement de l'utérus est aigu ou chronique.

L'abaissement aigu résulte absolument de violences considérables, quelle que soit la manière dont elles se produisent et quelle que soit l'explication que l'on donne à leur mode d'action.

Toutes les femmes, même la jeune fille vierge, peu-

vent subir cet abaissement aigu, soit qu'il se borne au prolapsus, ou que, suivant l'intensité ou la violence des agents actifs, il arrive à la procidence. Il n'y a pas alors, et d'ordinaire, altération de la structure de l'organe.

L'abaissement chronique, arrivant graduellement et plus ou moins lentement, a lieu le plus ordinairement chez les femmes ayant eu un ou plusieurs enfants.

Il peut également, dans ses degrés, varier depuis le prolapsus jusqu'à la procidence.

Il faut bien distinguer l'abaissement qui est produit par le renversement du vagin, par la systocèle ou la rectocèle, de celui qui se produit primitivement et entraîne à sa suite les mêmes défectuosités pathologiques du vagin.

Dans le premier, il n'y a ordinairement et au début aucune altération de texture de l'organe utérin. Dans le second, au contraire, il y a à peu près toujours augmentation de poids et de volume du même organe, accompagnée ou non de relâchement, de laxité initiale des parois vaginales.

Le premier est consécutif : 1° à la rupture de la cloison recto-vaginale ; 2° à une déchirure plus ou moins vaste du périnée, par conséquent à l'excessif agrandissement de l'ouverture vulvaire, ce qui fait disparaître la base de la résistance de cet antre à voûte supérieure qu'on appelle le vagin ; 3° à la grande laxité des parois du vagin qui, par le fait même des lésions précitées, acquiert du premier coup ou graduellement une ampliation insolite par défaut de points d'appui à la base et la perversion de ses fonctions physiologiques.

Ce premier genre d'abaissement peut et doit être dé-

nommé consécutif, réservant à l'autre la dénomination de primitif.

Ce n'est pas que l'abaissement chronique, que nous dénommons primitif, parce que les altérations de texture, augmentation de poids et de volume, tendent à le produire, dès que les facteurs de résistance faiblissent, tandis que ceux de pression augmentent, ne puisse se rencontrer avec les lésions de la base vaginale, que nous venons d'énumérer :

Au contraire, dans ces conditions, cet abaissement se produit avec une grande célérité, une très-grande activité. Mais nous entendons dire qu'il n'a pas besoin de ces lésions, de ces dernières altérations pathologiques, pour s'effectuer ; qu'il a lieu, quand bien même elles n'existeraient pas ou qu'elles existeraient à un faible degré.

De même, nous n'entendons pas dire que, dans l'abaissement consécutif, l'utérus est toujours indemne d'augmentation de poids et de volume.

Ce que nous prétendons établir, c'est que les altérations périnéales et vulvaires, renversement du vagin, cystocèle, rectocèle, peuvent entraîner l'abaissement de l'utérus le plus sain et, à plus forte raison, de l'utérus hypertrophié.

Ce que nous entendons établir, enfin, c'est que, dans ces deux sortes d'abaissement, les indications, pour arriver à une guérison radicale, sont essentiellement distinctes.

L'abaissement est plus généralement oblique ou avec déviation de l'organe d'un côté ou de l'autre.

Le prolapsus entraîne toujours l'invagination. Le

prolapsus de côté entraîne l'invagination de ce côté, c'est-à-dire que le point d'insertion de la voûte est amené en bas par l'abaissement de l'organe, tandis que l'autre portion du vagin peut conserver sa position normale. La partie invaginée du vagin rentre dans celui-ci comme un doigt de gant qui rentre dans lui-même. Ce sont là tout autant de notions dont il faut tenir un compte rigoureux pour le manuel opératoire.

Dans la procidence, quel que soit son degré, la tumeur constituée par l'utérus abaissé est, envers et contre toute déviation, plus allongée de haut en bas, en avant qu'en arrière, et l'on trouve toujours en arrière un vestige du second pli formé par le vagin dans le sillon postérieur à la tumeur procidente. (Barnes, *Clinique des maladies des femmes.*)

C'est dans la rétroversion surtout qu'a lieu le prolapsus, si les moyens de résistance faiblissent d'une part, tandis que les forces de pression de haut en bas persistent au même degré ou augmentent, et si, par surcroît, l'utérus augmente de poids et de volume.

Dans l'antéversion, le corps de l'utérus, appuyé sur le pubis et soutenu par lui, résiste mieux aux pressions supérieures et d'arrière en avant; il est presque entièrement soustrait au prolapsus. Mais si les forces de pression continuent et augmentent, et que la résistance des ligaments et du plancher vaginal diminue, il arrive ceci : l'utérus, lié au bas-fond de la vessie, au niveau de son tiers inférieur, et appuyé sur le pubis, subit dans son corps une évolution graduelle en arrière, de sorte que, quand la procidence a lieu, l'organe a passé par la rétroversion. Par des mouvements de rotation ou d'inclinaison à droite ou à gauche, il faut que l'utérus antéversé arrive à la rétroversion par suite de l'action prédominante des forces de pression, pour aboutir au prolapsus

et à plus forte raison à la procidence. J'ai en ce moment en observation deux malades qui confirment pleinement ces données : — Chez la première, dont l'observation remonte à quatre ans, j'ai pu, pendant les trois premières années, constater une antéversion utérine avec abaissement de la vessie. A la quatrième année, après avoir cessé de voir la malade pendant six mois, parce qu'elle avait refusé l'opération, j'ai constaté la procidence de l'utérus dont le col fait saillie de 2 à 3 centimètres à travers la vulve (cinq accouchements antérieurs). — Pour la seconde, que j'ai accouchée quatre fois; chez qui, à la dernière couche, en allant décoller le placenta adhérent, je pus extraire en même temps deux fibroïdes de la grosseur d'une pomme ordinaire chaque, qui pesaient ensemble 750 grammes, et qui eut en même temps une immense hémorrhagie, puis une péri ou pelvimétrite violente dont elle se remit bien; j'ai constaté une antéversion avec hypertrophie de la face antérieure du globe, il y a six mois. Aujourd'hui, il y a rétroversion oblique gauche, avec prolapsus et invagination et menace de procidence, tellement la résistance a cédé pendant que la puissance de pression a persisté et que l'utérus a augmenté en poids et en volume. A la rigueur, de grandes violences pourraient entraîner le prolapsus et la procidence dans l'antéversion ; mais alors, c'est une affection aiguë et tout à fait exceptionnelle. Dans la rétroversion, au contraire, avec les mêmes facteurs, prolapsus et procidence sont faciles, parce que l'utérus, incessamment poussé en bas, ne trouve ni résistance, ni point d'appui dans l'excavation du bassin.

Notons que si, dans la procidence, le vagin renversé contient l'utérus, celui-ci est hypertrophié ; sa cavité est le plus souvent agrandie, remplie de mucus. Le vagin contient, en outre, une portion du bas-fond de la vessie

en avant et la partie antéro-inférieure du rectum en arrière. Or, pour opérer, il faut d'abord réduire les parties procidentes, mettre la malade au repos et dans une position convenable, puis faire des injections astringentes, pour faire resserrer les tissus et maintenir momentanément tout en place.

A. — Facteurs qui président a l'abaissement de l'utérus, prolapsus ou procidence, ou le déterminent.

A l'état sain, l'utérus est en situation de résister aux causes ordinaires qui tendent à l'abaisser :

1° Ses attaches ou ligaments le maintiennent en place, quoiqu'il n'y ait guère que le ligament utéro-sacré qui s'oppose directement à son abaissement ;

2° Le pubis, d'une part, et un peu le sacrum, de l'autre, offrent une résistance ou point d'appui ;

3° Le vagin, dans son plancher et par ses piliers, est surtout le point d'appui, la clef de voûte, la plus grande résistance ;

4° La contractilité propre de l'utérus est aussi une grande puissance de résistance, quoiqu'on n'en ait pas tenu compte dans les facteurs de réaction.

Telles sont les conditions qui font que l'utérus résiste à toutes les causes ordinaires qui tendent à le déplacer. Il n'y a guère que les causes agissant avec une extrême violence qui puissent vaincre les résistances normales ; sans cela toutes les matrices seraient déplacées.

Voyons maintenant les facteurs qui, à l'état sain de l'organe, agissent dans le sens de son déplacement et auxquels il résiste habituellement :

1° La masse intestinale pèse continuellement et plus ou moins sur l'utérus pour le pousser en bas ; et cette pression est augmentée par les actes ordinaires de l'expiration respiratoire, de la toux, de l'éternument, du

bâillement, de la défécation, de la mixtion, de la position accroupie, de la génuflexion, comme aussi, indirectement, par le foie, la rate, dont le volume peut augmenter assez subitement; enfin par une collection de liquide dans la cavité péritonéale ;

2° La grande réplétion du rectum et celle de la vessie, qui, pour agir d'une autre façon et indirectement, ne tendent pas moins à abaisser l'organe par les mouvements de rotation ou de bascule qu'elles lui impriment.

Eh bien ! tant que l'utérus et ses annexes sont sains, jouissent de toute leur force de contraction et de résistance ; tant que le vagin et ses piliers sont également dans les mêmes conditions, les causes ordinaires de déplacement ne peuvent vaincre leur résistance. Mais, dès que la résistance diminue, surtout dans les supports vaginaux, les mêmes causes, sans augmenter d'intensité dans leur action, et à plus forte raison avec une augmentation, acquièrent la puissance de déplacer l'utérus.

Donc les facteurs dont l'action est supérieure à la résistance ou réaction de l'utérus forment les conditions de son déplacement possible; donc une chute sur certains points, des efforts dans certains sens, soit dans des attaques d'épilepsie, d'hystérie, ou même à la suite de toux violente, de frayeur immense, etc., etc., peuvent entraîner le prolapsus, la procidence utérine, même chez des jeunes filles vierges, ce dont on rapporte des exemples authentiques. La descente de l'utérus peut entraîner l'abaissement de la vessie; alors cet abaissement, avec déviation de l'urètre, donne à l'organe la forme d'un bissac. Plus souvent l'abaissement de la vessie porte le fond vésical au-dessous du méat, et, malgré leurs efforts, les malades ne peuvent vider la poche de toute l'urine qu'elle contient. L'urine qui tend à croupir, à s'amasser, finit par faire saillir à travers

la vulve une partie de la poche vésicale, ce qui expose celle-ci à des dépôts de lithates et de phosphates qui finissent par former des calculs dans ce diverticulum, sans compter les altérations que peut subir la paroi vésicale par l'action des agents extérieurs nuisibles.

Le prolapsus et la procidence de l'utérus sont en eux-mêmes essentiellement distincts de l'allongement hypertrophique du col. Mais on peut rencontrer, chez la même malade, l'allongement hypertrophique du col avec les premiers, et cet allongement nécessite alors des manœuvres particulières pour triompher du tout. Nous traiterons de cette complication à l'article allongement hypertrophique du col.

L'utérus prolabé va généralement s'aggravant et, comme toutes les maladies chroniques, il n'est pas susceptible d'une guérison spontanée, malgré le repos aussi prolongé qu'on le commande. Les épiphénomènes qui accompagnent le prolapsus et la procidence peuvent être guéris à force de soins et c'est, avec les bandages contentifs de toutes sortes, le seul soulagement qu'on peut apporter aux malades.

B. — Traitement de l'abaissement de l'utérus, prolapsus ou procidence.

Il se divise en traitement médical et traitement chirurgical.

1° Traitement médical.

Pour le traitement médical, après avoir réduit la procidence comme une hernie, on place la malade dans une situation telle que la réduction puisse se maintenir. On emploie ensuite les antiphlogistiques, les astringents, dans le but d'obtenir le resserrement des tissus, et on compte sur un repos prolongé pendant des mois et des années pour obtenir une guérison que l'on attend en vain la plupart du temps. Définitivement après une impuissance démontrée, la plupart du temps sans avoir essayé ce traitement, on arrive à la prothèse vagino-utérine, c'est-à-dire à tous les moyens de maintien, pessaires à variétés infinies, sans avoir jamais l'espoir de guérir d'une manière complète. Je ne m'occupe donc pas de tous ces détails et j'arrive au traitement chirurgical proprement dit.

2° Opérations chirurgicales tentées pour obtenir la cure radicale du prolapsus ou de la procidence.

Les opérations chirurgicales essayées pour guérir le prolapsus et la procidence se divisent en deux séries :

1° Les unes, anaplasties par synthèse, imaginées pour remédier ou guérir le prolapsus vaginal, la rectocèle ou la cystocèle, les déchirures complètes ou incomplètes du périnée qui en sont des causes fréquentes, en réunissant ou en reconstituant la cloison recto-vaginale, ont été exécutées dans le but d'obtenir le rétrécissement de l'ouverture vulvaire pour empêcher l'utérus de la franchir et l'enfermer ainsi dans la cavité vaginale. Cette méthode d'anaplastie par synthèse, dont les procédés ont été variés à l'infini, suivant les idées des auteurs et la nécessité de bien exécuter une prothèse charnue, est essentiellement d'origine française pour la conception et ses applications.

On peut la considérer sous les divers points de vue des lésions qu'elle tend à guérir et des procédés employés pour son application :

A. La périnéorrhaphie, qui tend à reconstituer le périnée et par cela même à rétrécir la vulve.

B. L'épisiorrhaphie ou anaplastie qui s'attaque aux parties latérales de l'ouverture vulvaire pour la rétrécir.

C. L'épisio-périnéorrhaphie ou la combinaison des deux précédentes anaplasties dans le même sens.

D. La colporrhaphie, qui a pour but de rétrécir la cavité vaginale à sa base et ne s'attaque qu'au vagin.

E. Et la périnéo-colporrhaphie, dont le but est de rétrécir le vagin à sa base et de reconstituer le périnée : c'est la réunion de deux procédés pour aboutir au même résultat.

La cystocèle, la rectocèle, mais surtout la première, peuvent entraîner à leur suite le prolapsus, la procidence de l'utérus, sans que celui-ci soit altéré, sans qu'il ait augmenté de volume. La chute ou prolapsus du vagin en entier entraîne forcément le même résultat.

De là, l'idée de tous ces procédés opératoires découlant de la même méthode, pour maintenir réduits le vagin et par suite l'utérus.

Parmi les chirurgiens français, beaucoup ont opéré ces anaplasties par synthèse, et, à travers les nombreuses opérations pratiquées, il n'en est guère que cinq que nous connaissions où l'utérus était abaissé. Dans deux, il y avait simple abaissement ou prolapsus; dans deux, il y avait procidence. Dans un seul, l'utérus était plus volumineux; dans un autre, opéré par Richard et récidivé après deux ans, on a supposé un allongement hypertrophique sans abaissement.

Le cas le plus heureux est un cas dû à M. Richet, où il paraît que la guérison, c'est-à-dire le maintien de l'utérus dans le vagin, s'est continué; puis celui de Foucher, où il s'agissait d'un renversement du vagin ayant entraîné avec lui la descente d'un utérus normal. Dans un cas dû à Th. Anger, la guérison n'a eu lieu qu'après un an, tant le procédé opératoire avait été compliqué, et on ne sait pas si la réduction s'est maintenue longtemps.

Nous ne parlons de tous ces procédés que pour mémoire, parce qu'ils ne sont pas proprement applicables à la cure du prolapsus ou de la procidence, comme je l'ai dit plus haut, mais bien à la reconstitution du périnée, au rétrécissement de la vulve.

2° L'anaplastie par exérèse, qui a pour but de rétrécir le vagin dans sa capacité, comme l'anaplastie par synthèse poursuit le rétrécissement de la vulve, la reconstitution du périnée, se fait par divers procédés. Dans l'anaplastie par exérèse, on rétrécit le vagin en enlevant des portions de parois vaginales dans toute leur épaisseur, jusqu'au tissu cellulaire sous-jacent, pour réunir ensuite les lèvres de la plaie.

Les caustiques, les escarrotiques, le fer rouge, la ligature ou étranglement, l'incision avec le bistouri, tels sont les moyens qui ont été mis tour à tour en usage pour atteindre le but.

Ainsi que dans l'anaplastie par synthèse, mais avec plus de sûreté peut-être, on arrive à remédier à la rectocèle, à la cystocèle, au renversement ou procidence du vagin et, par cela même, à remettre en place l'utérus abaissé ou descendu par suite de ces accidents ; mais, comme celle-là aussi, l'anaplastie par exérèse est impuissante contre l'hypertrophie et les engorgements de diverses natures de l'utérus, — de même qu'elle est impuissante à maintenir définitivement le prolapsus, comme je le démontrerai bientôt.

Tandis que l'anaplastie par synthèse ne vise qu'à rétrécir l'ouverture vulvaire, la base du vagin, en laissant à cette cavité toute son ampleur, celle par exérèse vise au rétrécissement de cette cavité en longueur, mais laisse la voûte et l'enclavement utérin tels quels, sans toucher à l'utérus lui-même ; donc elle n'est pas propre à guérir le prolapsus, ni la procidence.

J'avais à indiquer ces procédés, à les passer sommairement en revue en les appréciant ; c'est ce que je vais faire, car le traitement du prolapsus et de la procidence comporte l'étude la plus approfondie de tous les moyens qui peuvent concourir à faire obtenir la guérison.

Hamilton avait proposé de susciter une inflammation adhésive pour souder sur elles-mêmes les parois vaginales. Il ne mit jamais ce procédé à exécution. Ireland, de Dublin, raviva par incision les lèvres et les sutura. Il réussit, au dire de Barnes, mais ce n'était là qu'un pessaire charnu qu'il constituait. Il ne guérissait point.

Cruveilhier avait proposé de rétrécir le vagin par des

cautérisations au nitrate d'argent ou des acides. Ce procédé, essayé par Velpeau, Laugier et par d'autres, a donné si peu de résultats qu'il est tombé dans l'oubli.

Desgranges a employé, au moyen de pinces à gouttières, un caustique qui cautérisait les parois utérines sur deux surfaces au moyen d'un pli fait par ces pinces; l'escarre tombée, les parties étaient soudées et le pli se détachait.

Gaillard, de Poitiers, a réussi à réduire la procidence en rétrécissant le vagin par trois applications successives, en longueur sur la face postérieure du vagin, du cautère actuel chauffé à blanc. Ce traitement dura un an (1).

En modifiant le procédé de Cruveilhier et pour remplir le même but, on a tenté de faire avec l'instrument tranchant des plaies sur les surfaces opposées du vagin et de les réunir ensuite.

On a voulu essayer d'arriver au même but avec les escarrotiques. Cette idée de soudure des parois du vagin paraît due à Girardin, qui la proposa en 1823 (Dublin, *Journal of Medical Science*, v. X, p. 126). Frickt, de Hambourg, l'exécuta avec succès en 1831 (Barnes). Marsall Hall, qu'il eût ou non connaissance de l'idée de Girardin, imagina d'exciser un lambeau du vagin en longueur et de réunir ensuite la plaie pour obtenir un rétrécissement de la cavité et guérir le prolapsus — et Mme Boivin raconte qu'il avait dû réussir dans un cas dont le sujet fut examiné deux ans plus tard par Mister Vincent, qui constata que l'utérus et la vessie étaient en place. Dieffenbac enleva un lambeau ovale du vagin et réunit dans le même but.

(1) Le cautère à blanc a dû susciter des hémorrhagies, c'est la règle. Il doit donc y avoir erreur, dans la rédaction, sur le degré du calorique.

En 1835, Bellini imagina de suturer à sa base un pli fait au vagin et de l'étrangler par ce moyen, pour le faire tomber. Il réussit. Ce procédé a été amélioré successivement par Hugnier, Jobert de Lamballe et, plus tard, par M. Verneuil.

Cruveilhier préférait l'excision de quelques lambeaux de la muqueuse pour la cure de la procidence, du prolapsus, aux procédés de Dieffenback et à celui de Marsall Hall.

Desgranges a employé le pincement du vagin et des grandes lèvres.

Ces divers procédés opératoires, se rattachant à des méthodes différentes, ne s'adressent pas directement, en réalité, à l'abaissement de la matrice. Quand ils réussissent, ils forment une barrière à l'issue de l'utérus à travers la vulve, ou ils le maintiennent tant bien que mal dans la cavité vaginale sans remédier d'une façon absolue à l'abaissement et surtout sans modifier les altérations ou lésions de texture de l'organe.

Il en est tout autrement de la méthode que je mets en avant : elle s'attaque directement à l'organe prolabé, tant pour guérir les lésions de texture que pour le remonter à sa place, et aux moyens de supports constitués par la voûte vaginale, les piliers et les parois du vagin pour les souder sur des points plus élevés du col remonté, et leur donner la rigidité, la résistance qu'ils avaient perdue par leur relâchement.

3° La méthode de myotomie utéro-vaginale ignée. — Procédé opératoire appliqué à la cure radicale du prolapsus, de la procidence avec ou sans invagination.

J'ai déjà démontré, dans mes travaux précédents sur la cure radicale des déviations, inflexions utérines, que

cette méthode a l'immense avantage, en laissant des plaies fermées, après l'action des instruments, de mettre à l'abri de toute septicémie putride ou pyohémique, de toute inflammation traumatique vive par suite des escarres.

J'ai démontré également qu'en employant les instruments chauffés au rouge cerise ou au rouge brun, elle permet d'éviter la perte même de quelques gouttes de sang et à plus forte raison une hémorrhagie. Ce sont là les plus grands avantages qu'une méthode de chirurgie utérine puisse présenter en fait.

Après avoir rigoureusement prouvé par des opérations très-nombreuses, et qui sont devenues encore plus nombreuses aujourd'hui, que j'obtiens à son aide la guérison radicale dans l'immense majorité des cas susmentionnés, il me reste aujourd'hui à démontrer sa puissance, non moins grande pour la guérison des prolapsus et procidences, sans faire courir le moindre danger aux malades, pas plus que dans les déviations et inflexions.

En donnant ici toutes ces preuves, j'aurai fait ressortir toute son importance. En décrivant les deux procédés qui s'appliquent aux divers degrés d'abaissements, prolapsus, procidence, j'aurai fait ressortir toute la supériorité de ces procédés sur les procédés antérieurs; enfin, j'aúrai ouvert à la clinique une voie, jusqu'alors inconnue.

Et d'abord, s'il y a des rétroversions sans prolapsus, ce qui est incontestable, puisque j'ai rencontré moi-même et qu'on rencontre tous les jours des utérus chavirés en rétroversion, mais dont le globe n'est pas abaissé au-dessous de son niveau ordinaire, posé qu'il est alors parallèlement au col qui est remonté en avant et en haut par suite de ce chavirement, il est certain que, dans la majorité des rétroversions, il y a abaisse-

ment du globe, descente, et par suite prolapsus. Cet abaissement, quand il est accentué, s'accompagne toujours et nécessairement d'invagination.

4° Description de mon procédé pour le prolapsus et la procidence.

J'ai décrit ailleurs le procédé pour la rétroversion et implicitement pour le prolapsus, puisqu'il a toujours lieu en rétroversion ou qu'en se produisant il fait passer l'utérus de l'antéversion à la rétroversion ; mais je dois ici bien accentuer et préciser la description pour démontrer comment ce procédé arrive à vaincre l'invagination et à triompher du prolapsus ou de la procidence. Je vais donc le faire, avec les plus minutieux détails, ce qui est nécessaire après les explications données plus haut et la comparaison établie entre lui et les autres procédés.

PROCÉDÉ OPÉRATOIRE POUR LE PROLAPSUS.

La malade convenablement disposée, comme pour une application de forceps, le spéculum est introduit. Après avoir refoulé en arrière, en haut, par la pression de l'instrument, le plancher vaginal de façon à déplisser la paroi doublée et rentrée en elle-même à la face postérieure, sur le cul-de-sac de Douglas où il y avait invagination ; après avoir, par des mouvements refoulants, fait avancer en même temps dans le champ du spéculum le col qui aide de la sorte au déplissement ; le plancher vaginal et toutes les parois, antérieure et postérieure, ont repris leur place habituelle sur ou autour du col. Je fais alors deux incisions transverses sur la face postérieure du col, l'une à sa jonction avec le globe ou au-dessus, qui traverse les plans vaginaux et va entamer le tissu

utérin dans la profondeur de trois à cinq millimètres, et l'autre, parallèle à la première, à deux centimètres ou deux centimètres et demi de l'orifice externe, un peu moins profonde. Suivant la longueur du col, une troisième incision transverse est pratiquée entre les deux précédentes.

Je pratique ensuite, de l'incision supérieure à l'incision inférieure, deux incisions longitudinales, semi-elliptiques, dont les sommets se joignent, et j'abrase ensuite avec les instruments *ad hoc* une légère couche de tissu entre ces deux incisions.

Cela fait, avec les ténotomes à col de cygne, avec leur convexité convenable sur plat, j'exécute, partant de chaque angle de l'incision transverse supérieure, deux incisions obliques, l'une allant de côté en arrière, et l'autre de côté en avant; chacune d'elles, plus profonde sur le col et plus superficielle sur les points du plancher vaginal qu'elle laboure. De cette façon, des angles de l'incision transverse supérieure se détachent quatre autres incisions par paires, deux obliquement dirigées en arrière et deux dirigées obliquement en avant, sur les côtés. Avec mon sécateur, j'emporte ensuite d'un seul coup un demi-centimètre, un centimètre ou deux du museau de tanche, si besoin est; et, si une lèvre est plus proéminente que l'autre, dans le cas où je ne fais pas l'excision du col, j'excise la portion proéminente de la lèvre, pour la mettre au niveau de l'autre.

Les incisions, transverses supérieure, inférieure, et elliptiques, sont destinées, par suite de la cicatrisation et de la rétraction cicatricielle, à redresser le col et le globe rétroversé.

L'incision transverse supérieure fixe irrévocablement, après cicatrisation, la paroi vaginale du cul-de-sac de Douglas à la jonction du col et du globe ou au-dessus,

de sorte qu'une invagination sera désormais impossible. Les quatre incisions obliques, en fixant également sur les côtés un peu en arrière et un peu en avant les parois vaginales, ont la propriété, par rétraction cicatricielle, de diminuer la flaccidité du plancher vaginal et de déterminer sa tension.

PROCÉDÉ POUR LA PROCIDENCE.

Le procédé pour guérir la procidence ne diffère pas sensiblement du précédent procédé.

En effet, ou la procidence est réductible, ou elle ne l'est pas. Si elle ne l'est pas, à cause de soudures, de brides effectuées entre l'utérus et les parties environnantes, le procédé n'est pas applicable, et il faut alors recourir à un bandage de maintien en combattant les épiphénomènes auxquels peut avoir donné lieu la procidence.

Si la procidence est réductible, après avoir réduit, soumis les malades à un repos tel que les organes ne se déplacent plus; après avoir fait exécuter pendant quelques jours des injections astringentes, styptiques, résolutives, on s'assure s'il y a un degré de rétroversion, comme dans le prolapsus, ou si la procidence est directe, par suite d'un relâchement général du plancher, des parois vaginales et des ligaments suspenseurs, et si la vessie, qui avait dû subir au moins une intorsion, est bien replacée.

Dans le cas de rétroversion, on opère exactement comme je viens de le décrire, en faisant, à la fin, la section d'une portion du museau de tanche, quand il y a élongation hypertrophique de l'une des parties du col ou de toutes. La section d'une partie du museau de tanche suffit, dans l'un ou l'autre cas, après sa rétrac-

tion cicatricielle et celle de toutes les autres incisions, pour faire disparaître l'hypertrophie en longueur comme en circonférence. Cette façon d'opérer, qui supprime l'élongation, remet également en place l'utérus abaissé et rétroversé. Cela est d'autant mieux démontré que la voûte vaginale, fixée solidement à la jonction du col avec le globe ou au-dessus et rétrécie par les incisions obliques, se maintiendra à hauteur voulue pour s'opposer à une nouvelle descente.

Quand il n'y a pas rétroversion dans la procidence, en un mot, quand celle-ci est perpendiculaire et, qu'après replacement de l'utérus, on ne trouve aucune déviation du globe, le procédé opératoire varie, et voici comment il doit être exécuté :

Il faut faire, un peu au-dessus de la jonction du globe avec le col, deux incisions transverses profondes, une sur chaque côté, droit et gauche. Des angles de ces incisions on fait partir deux incisions obliques, qui vont aboutir, l'une un peu en avant et en dehors, l'autre un peu en arrière, en dehors aussi, sur les culs-de-sac correspondants, plus profondes sur le col, plus superficielles sur les culs-de-sacs, de façon à ne pas perforer les parois vaginales.

Comme, dans ce cas, il y a, plus fréquemment encore que dans le précédent, hypertrophie ou élongation hypertrophique du col, on pratique perpendiculairement aux deux incisions transverses une ou plusieurs incisions longitudinales sur chaque face latérale du col pour aboutir à un centimètre de son extrémité sous-vaginale ; puis on opère l'excision d'un demi-centimètre à un centimètre et demi ou plus de celle-ci.

Pour bien saisir toute la valeur de ces procédés et leur mode d'action, il faut se remémorer la constitution du vagin, son rôle par rapport à l'utérus qu'il reçoit à son

centre pour le soutenir, le maintenir solidement et le faire résister à la puissance des facteurs qui tendent à le déprimer, à le pousser en bas.

Il faut se rappeler que les ligaments de l'utérus, la puissance virtuelle de contraction en tous sens de celui-ci constituent, avec le vagin, la somme des puissances de résistance à l'abaissement.

Puis il faut bien comprendre que, pour que l'abaissement se produise, il faut une décroissance des puissances de résistance par une cause quelconque, que le relâchement du vagin et des ligaments soit lent et gradué, ou brusque et violent.

Il faut enfin savoir que, dans l'immense majorité des cas, surtout dans ceux qui ont une marche lente et graduée et qu'on peut appeler chroniques, les lésions de l'utérus, engorgement, hypertrophie, etc., etc., sont une cause initiale ou provocatrice de l'abaissement : 1° parce que l'organe est augmenté de poids et de volume, et que cette double augmentation tend à le faire descendre ; 2° parce que, par ces lésions mêmes, sa puissance de contraction en un ou plusieurs sens est amoindrie, quelquefois annihilée complétement, et que ce défaut de contractilité empêche, pour une part, l'utérus de résister à l'action des agents physiologiques aussi bien que des pathologiques qui tendent à l'abaisser.

Obs. LXIX.

PROLAPSUS ; HYPERTROPHIE DU COL.

Femme J..., 25 ans, forte constitution primitive, brune, ayant toujours joui d'une bonne santé, mariée depuis quatre ans.

Une grossesse, il y a trois ans ; accouchement prématuré à six mois, par suite de violence extérieure ; peu de repos après cet accident. La femme J... s'est levée le cinquième jour, et, à la suite, elle a été prise de douleurs dans le bas-ventre et les reins qui ont duré un mois et demi à deux mois et qui l'ont contrainte à se reposer.

Depuis environ deux ans et demi, cette femme, qui est cuisinière dans une grande maison où le mari est valet de chambre, a toujours éprouvé beaucoup de fatigue et souvent beaucoup de mal, désirant conserver sa place qui est avantageuse.

Elle est sujette à des douleurs sacro-lombaires et iléo-pubiennes fort gênantes, surtout aux approches des règles. L'éruption menstruelle se fait mal, est peu abondante et surtout irrégulière dans son apparition, mais toujours précédée, durant vingt-quatre ou quarante-huit heures, d'une exacerbation des douleurs que je viens de noter.

Cette femme, quoique de bonne apparence, éprouve de fréquentes palpitations, s'essouffle facilement et ne peut marcher longtemps sans sentir ses jambes fléchir. Les poumons et le cœur n'offrent pourtant rien d'anormal.

Elle accuse une pesanteur habituelle, incommode à la vulve, quelquefois tellement gênante qu'elle est obligée de se coucher.

Avec ce sentiment de pesanteur qui disparaît dans le lit, elle se plaint d'un tiraillement dans l'aine droite, et de fréquentes envies d'uriner se manifestent quand ce tiraillement est très-fort. Elle est devenue irritable, nerveuse, et plusieurs fois elle a failli renoncer à sa place à cause de tous ces accidents.

Elle suppose être devenue enceinte une deuxième fois, il y a six mois, parce qu'elle a eu un retard de trois semaines. En soulevant un fardeau, elle aurait provoqué une perte de sang, mais sans qu'il y ait eu douleurs caractéristiques, sans que cette perte se soit prolongée plus de trois jours, et ait été suivie de l'expulsion d'un germe. En somme, il est douteux qu'il y ait eu une deuxième conception.

A l'examen direct, d'abord avec le doigt dans la position debout et dans le décubitus horizontal sur le dos ; puis au spéculum, je constate que le museau de tanche, porté en avant et à droite, descend à 1 centimètre et demi environ de l'orifice vulvaire ; qu'il est tuméfié, dur, avec proéminence de la lèvre antérieure ; qu'il présente, en outre, une intumescence prononcée sur sa face postérieure jusqu'au hile de l'utérus abaissé en arrière à gauche, et que cette intumescence accentue l'incurvation d'arrière en avant, de gauche à droite, que cette partie présente en formant un quart de cercle avec le corps de l'utérus rétroversé. A l'examen au spéculum, les lèvres du museau de tanche, notablement tuméfiées, surtout l'antérieure, présentent des granulations qui s'étalent jusque dans l'orifice externe. Cet orifice à ouverture très-étendue transversalement, a sa commissure droite presque toute détruite par suite de déchirure.

Il y a une abondante leucorrhée qui dure d'une époque menstruelle à l'autre et dont la malade se plaint vivement. Le cul-de-sac postérieur gauche est sensiblement abaissé, formant renversement en bas et entraînant dans ce sens, d'une façon moins saillante, le cul-de-sac antérieur du même côté.

Comme résultat d'examen complet, j'établis ainsi le diagnostic : rétroversion oblique gauche avec abaissement très-prononcé de l'utérus, intumescence du museau de tanche et de toute la face postéro-latérale gauche de tout le col déformé.

Opération le 3 janvier 1874.

Section transverse profonde à la partie postérieure latérale gauche, au-dessus de la jonction du col avec le globe qui fait bien saillie dans le champ du spéculum ; deux sections semblables et parallèles, au-dessous de la précédente, de façon à atteindre toute la partie tuméfiée de cette face du col ; puis, deux incisions longitudinales semi-elliptiques, croisant les précédentes, exécutées comme les autres avec des ténotomes chauffés au rouge-cerise ; enfin, avec des instruments lancéolaires formes spatule et truelle, abrasion des tissus compris entre les incisions en ellipse.

Cette première partie terminée, avec des ténotomes à double courbe à la base de la lame et sur plat, l'un à droite, l'autre à gauche, et dont le tranchant s'adapte bien aux inclinaisons de l'utérus, je pratique une incision en arrière à gauche qui, partant du cul-de-sac postérieur de ce côté, où elle est superficiellement faite, vient aboutir en devenant plus profonde, à l'angle gauche de la section transverse supérieure en formant un angle ouvert ; puis je fais une seconde incision semblable sur la partie antéro-gauche et avec les mêmes précautions, qui vient aboutir au même angle et du côté opposé.

Le but de ces deux incisions est d'entraîner, par voie de rétraction cicatricielle des culs-de-sac renversés en bas par l'abaissement de la matrice, leur relèvement en sens contraire ou en voûte, et de replacer, en les relevant, le corps et le col de l'utérus à leur position naturelle comme hauteur, tandis que les autres sections transverses et elliptiques entraîneront par le même mécanisme le redressement du col.

Dans la dernière partie du manuel opératoire, j'excise avec un sécateur, forme ciseaux courbés sur plat vers la pointe, la partie saillante de la lèvre antérieure. Avec des cautères olivaires, à roseau, cylindriques, portés sur les lèvres de la commissure déchirée et sur l'ouverture externe du col, je cautérise profondément pour obtenir la reconstitution de la commissure et la régularisation du méat. Enfin, avec un gros cautère à marteau appliqué sur les deux lèvres du museau de tanche, je détruis toutes les granulations restantes et donne une surface uniforme à ces lèvres. L'opération est alors toute terminée ; un linge imbibé d'huile d'olives est porté sur les surfaces opérées pour séjourner quatre à cinq heures ; glace sur le ventre pendant trois jours et trois nuits.

Le 4, il y a 39 1/10e au thermomètre à huit heures du soir, et 90 pulsations à la radiale, de la céphalalgie, de la soif.

Le 5, à onze heures du matin, pouls descendu à 76, thermomètre 8 3/10e ; la malade accuse un peu de malaise sur le bas-ventre ; elle a une abon-

dante transpiration ; 20 grammes d'huile de ricin, continuation de l'application de la glace.

Le 6, après plusieurs évacuations copieuses, la gêne dans le ventre a disparu ; thermomètre à 37 5/10°, pouls à 72. La malade dit qu'elle n'a pas uriné depuis vingt-quatre heures et croit que les urines partent par le vagin avec le liquide de décomposition autour des eschares. Après examen, je constate que les urines s'échappent par régurgitation, sans que la malade en ait conscience, pour se mêler, à la vulve, aux liquides qui s'écoulent par le vagin. Je pratique le cathétérisme séance tenante ; j'extrais environ 600 grammes d'urine de la vessie. Il s'agissait d'une paralysie momentanée de la vessie.

Les jours suivants, la mixtion se rétablit et la malade commence à se lever.

Depuis l'opération, il a été fait deux injections de lavage par jour, qui sont continuées jusqu'au 20.

Le 21, la malade a continué à aller bien et n'a pas éprouvé le moindre accident. Toutes les eschares sont détachées et les plaies sont en voie de suppuration. On commence alors à exécuter, deux fois par jour, des injections détersives, c'est-à-dire avec un verre d'eau de son dans laquelle on ajoute une cuillerée à café de la mixture suivante :

Alcoolature de myrrhe................	20
Alcoolature de quinquina.............	20
Alcoolature d'arnica..................	20
Mêlez : s. a.	

Le 30, tout marchant bien, et la malade se levant depuis dix-huit jours, elle commence à travailler un peu sans éprouver de gêne notable.

Le 24 février, cinquantième jour après l'opération, voici ce que je constate : toutes les plaies sont cicatrisées. Le museau de tanche a repris sa consistance et son volume normal, c'est-à-dire la forme et le volume de celui d'une femme qui n'a jamais eu d'enfant ; l'intumescence sur la partie excurvée autrefois a complétement disparu, et la direction presque parallèle du col du diamètre vertical du bassin dans la position debout indique le redressement complet. Dans cette même position, il faut, avec l'indicateur, remonter au fond du vagin pour retrouver le museau de tanche qui ne fait saillie, au-dessous du plancher vaginal, que d'environ 3 centimètres.

En contournant avec le doigt le col autour du plancher vaginal, je constate des brides en forme de replis ligamenteux résultant des incisions postéro et antéro-latérales gauches aboutissant à la section transverse supérieure, à la jonction du globe.

Ces brides, encore un peu saillantes, maintiennent le col dans la rectitude ; les culs-de-sac sont en partie reconstitués avec leur concavité en haut, et le globe utérin lui-même en rétroversion incomplète avant l'opé-

ration, a repris sa position normale entre la vessie et le rectum. Ce résultat est complétement heureux.

Il n'y a plus qu'une petite partie de la lèvre antérieure du museau de tanche qui ne soit pas recouverte de son nouvel épithélium. L'ouverture du museau de tanche est fort régulière et la commissure droite complétement reconstituée.

La malade a eu ses règles dix jours après l'opération ; elle a perdu beaucoup de sang, et elles ont duré sept jours. Elle les a eues une seconde fois trente-sept jours après l'opération, et, cette seconde fois, l'écoulement de sang a été modéré et n'a duré que quatre jours.

Tous les troubles fonctionnels, toutes les douleurs locales, sacro-lombaires et sacro-pubiennes ou inguinales, ont complétement disparu, si bien que, depuis une dizaine de jours, la femme J... peut exécuter tous les travaux de cuisinière dans une importante maison dont la maîtresse, que je connais personnellement, n'avait jamais pu comprendre l'opération et son but, et qui a été émerveillée quand elle a pu revoir sa cuisinière avec sa santé d'il y a cinq ans.

Trois semaines après, la femme J... pouvait accompagner sa maîtresse dans une excursion à la campagne.

J'ai pu la revoir trois mois après, et j'ai pu me convaincre que cette guérison, radicale sous tous les points, ne se dément à aucun égard.

C'est le premier cas d'abaissement de l'utérus que j'ai opéré. Ce cas m'a tellement intéressé, que je n'ai jamais cessé de saisir l'occasion de revoir le sujet et de l'examiner. Aujourd'hui, après plus de deux ans écoulés, je viens de l'examiner encore, et j'ai la satisfaction de constater la persistance absolue de la guérison, et une robuste santé.

Obs. LXX.

Abaissement de l'utérus avec un certain degré de rétroversion, le col descendant jusqu'a l'ouverture vulvaire a gauche sans la franchir.

Fille C..., non mariée, profession de cuisinière, brune, forte constitution, 36 ans, a eu un enfant il y a neuf ans ; a fait ses couches à l'hôpital d'où elle est sortie bien remise. Pendant trois à quatre ans ensuite elle n'a absolument rien ressenti.

Depuis six ans elle a éprouvé fréquemment des douleurs sacro-lombaires auxquelles elle ne prenait pas garde, mais qui, devenant plus fortes, ont fini par entraîner de la peine, de la difficulté à travailler. Finalement,

depuis trois mois, cette pauvre femme a dû quitter sa place et se mettre au repos.

Aujourd'hui elle accuse, avec ces douleurs persistantes, un engourdissement et une sensation de froid au fondement ; des battements dans l'aine gauche et une névralgie dorsale fréquente quoique irrégulière. Elle accuse une gêne pour uriner dans certains moments, comme si quelque chose tirait sur le bas-ventre en avant, dans l'aine droite. Les époques sont régulières, mais le sang est pâle et peu abondant. Elle éprouve souvent des éblouissements à la vue, des battements de cœur, de l'essoufflement. Depuis trois mois elle a quitté sa place ; mais, depuis un mois elle ne fait absolument plus rien, parce qu'elle ne peut que marcher difficilement, et que, quand elle fatigue, elle éprouve une douleur sus-pubienne qui l'arrête. Depuis qu'elle se repose absolument, elle ne ressent plus ces douleurs.

Amenée à ma consultation par une de ses camarades que j'ai opérée d'une antéversion et qui est bien guérie, elle réclame l'opération.

Voici ce que révèle l'examen direct : Le col de la matrice est à l'ouverture interne de la vulve, à l'anneau, porté un peu à gauche. Il est tuméfié dans toute sa partie postérieure et le museau de tanche se trouve déformé, à forme conique, tourné en haut et à gauche. Le corps de l'utérus est sensiblement porté en arrière, sur le rectum, et les culs-de-sac postérieurs sont non-seulement effacés, mais les parois vaginales sur ce point proéminent en bas.

Je combine l'opération comme pour la rétroversion, avec cette différence, que je ferai la section complète d'une partie du col au-dessus du museau de tanche, et que, sur les points du plancher vaginal, où, au lieu des culs-de-sacs postérieurs, il y a une procidence dans la cavité du vagin, je ferai porter une incision oblique de haut en bas, de droite à gauche et une autre pareille de gauche à droite, incisions superficielles sur le plancher renversé, plus profondes sur le hile de l'utérus où elles viendront rejoindre à angle aigu les extrémités de la grande incision transverse située à la jonction du col et du globe.

Le lendemain, 3 février 1874, je pratique l'opération. Après deux incisions tranverses sur la partie postérieure du col légèrement incurvé, une au-dessus de l'union du corps en haut, l'autre à deux centimètres et demi de l'orifice externe ; après les deux incisions longitudinales semi-elliptiques, aboutissant sur ces dernières, et une légère abrasion de tissus entre ces deux incisions, je pratique mes deux incisions obliques sur les culs-de-sac renversés, de façon à appuyer la main et à les rendre plus profondes à la jonction de l'incision transverse. Enfin, avec le sécateur en ciseaux, j'emporte, d'un seul coup, environ 1 centimètre de l'extrémité du col, sur le museau de tanche. Avec un linge imbibé d'huile je refoule l'utérus et laisse en place le linge que la malade devra retirer après quatre heures. Glace sur le ventre, injections matin et soir comme d'usage.

Le 12, il n'est survenu absolument aucun accident, et la malade peut se lever. En explorant l'utérus, je le sens remonté presque au-dessus du milieu de la cavité vaginale. Je remets à vingt jours plus tard l'examen au spéculum, après la chute de toutes les eschares, quand la cicatrisation sera commencée.

Le 3 mars, je constate que le globe est à sa place, que les culs-de-sac incisés et presque cicatrisés ne sont plus renversés en bas et que le col ne dépasse pas le plancher vaginal de plus de 3 centimètres.

La malade a eu ses règles un peu plus abondantes que d'usage, et elle assure que, depuis dix jours, elle peut marcher sans douleur.

A l'exploration au spéculum on voit le bourgeonnement de toutes les plaies résultant des incisions et sections. Les incisions portant sur le plancher sont cicatrisées, les autres sont encore suppurantes et l'ouverture du col sectionné apparaît au milieu du bourgeonnement.

Cet état, qui est déjà un succès complet, ne pourra être que plus complet encore après la rétraction produite par les cicatrices.

Cette malade est donc dès aujourd'hui guérie de son abaissement de matrice et de tous les inconvénients inhérents à cette infirmité.

Un mois après, toutes plaies définitivement cicatrisées, et la rétraction des tissus opérée, je puis m'assurer que la cure est complète. Cette femme reprend ses travaux. Je l'ai revue un an plus tard et tout restait en bon état.

Obs. LXXI.

Abaissement de la matrice et rétroversion oblique gauche, le col a l'anneau vulvaire, infléchi en col de cornue, les deux lèvres du museau de tanche épaissies, avec engorgement de la face antérieure du col allongé ; opération ; guérison.

Mme Leg....., de Vierzon (Cher), 30 ans, maigre et très-affaiblie, brune, à prédominance bilieuse nerveuse, mariée depuis dix ans, a eu quatre couches.

La première couche a eu lieu après onze mois de mariage. Elle a été naturelle.

La malade se lève au cinquième jour.

La deuxième, quatre ans et demi après la première. Travail difficile, de huit heures de grandes douleurs. La malade se lève au dixième jour.

La troisième, dix-huit mois après la deuxième ; cette couche a été jumellaire. Vingt-quatre heures de durée de travail. Levée le dixième jour.

La quatrième, un an après la troisième. Couche naturelle et facile. Levée de la malade du cinquième au sixième jour.

Mme Leg..... a nourri ses enfants, excepté les jumeaux, dont l'un est mort à cinq mois.

Après la première couche, elle a éprouvé de la faiblesse et un malaise qui n'a cessé qu'avec la deuxième grossesse.

A la suite de sa seconde couche, elle a été longtemps à se remettre, sans cependant avoir d'accident notable. Après la troisième couche (jumellaire), elle s'est remise assez bien et assez vite. Mais elle est redevenue enceinte trois mois après. Deux jours après sa quatrième couche, métrorrhagie très-abondante de quatre heures de durée, arrêtée spontanément.

Le dernier enfant n'a été nourri que cinq mois, à cause du retour des règles, qui ne s'étaient pas montrées pendant les autres lactations. Cette menstruation a été beaucoup plus abondante qu'au retour de la couche précédente (jumellaire) ; et c'est surtout parce que la malade se sentait profondément affaiblie qu'elle a cessé de nourrir, sur l'avis de son médecin.

Le premier enfant a été nourri treize mois ; le second l'a été un an.

C'est au mois de juin 1873 que Mme Leg..... cesse de nourrir son dernier enfant. Depuis cette époque, ses forces ne se sont pas relevées, et les phénomènes morbides saillants étaient en ce moment une gastralgie permanente avec douleurs à la ceinture, nuit et jour, constipation tenace, perte d'appétit et grande faiblesse. Ces phénomènes ont été constamment combattus et quelquefois avec succès.

Au mois de septembre 1874, époque à laquelle la malade se trouvait un peu mieux, il surgit, dans la fosse iliaque droite, une douleur vive que la malade caractérise de colique, et accompagnée de vomissements. Cette douleur précédait l'apparition des règles. Elle s'est reproduite ultérieurement et périodiquement toutes les cinq ou six semaines, avec les mêmes caractères et suivie des mêmes vomissements, et c'est toujours un peu avant l'apparition des règles. Depuis la première douleur les règles ont été abondantes et d'une durée de sept à huit jours.

La malade éprouvait ensuite, dans l'intervalle d'une époque à l'autre, une pesanteur à la vulve dans la station debout et en marchant, et une faiblesse des extrémités inférieures, qui est allée croissant depuis le mois de septembre. Avec cette faiblesse, il y avait douleur dans les membres pelviens, surtout à droite, où cette douleur a son point proéminent à l'aine droite. Il y a toujours eu aussi, et elle existe encore à ce moment, une douleur sacro-coxigienne, et souvent difficulté d'uriner avec envies fréquentes, mais seulement dans le jour, tandis que la nuit, avec le repos au lit, la mixtion s'exécute bien et facilement. Avec le repos au lit, les autres douleurs que je viens de signaler disparaissent ou à peu près.

Les règles sont toujours un peu en retard ; la malade est obligée de garder le lit pendant leur évolution, et dans l'intervalle des époques il y a leucorrhée abondante.

Mme Leg... était déjà, au dire de sa famille et d'après ses propres aveux, très-nerveuse avant son mariage, chose rare pour une femme de la campagne ; elle l'est devenue de plus en plus après chaque couche et à mesure qu'elle s'affaiblissait ; enfin, depuis les cinq derniers mois, elle est devenue très-irritable, avec des bizarreries de goût et de caractère.

Il y a deux ans, elle eut une névralgie péricranienne d'assez longue durée et, sans doute, rhumatismale, comme elle a eu aussi, avant et après, des rhumatismes musculaires sourds, tantôt sur les membres, tantôt sur la poitrine. Le cœur et les poumons sont sains. Il y a maintenant une céphalalgie frontale avant chaque époque, de vingt-quatre à quarante-huit heures de durée, apparaissant régulièrement.

Les fonctions digestives sont profondément troublées et la nutrition s'exécute mal. La gastralgie a fait place à une dyspepsie fatigante ; parfois il y a disphagie. Avec tous ces troubles, l'intelligence a subi également quelques atteintes. La malade a des craintes, de légères hallucinations, un peu d'affaissement dans la conception et une diminution de la mémoire.

Le médecin de son pays, qui l'a examinée, a constaté un abaissement de la matrice.— Sur l'indication d'une femme de sa connaissance, Mme Leg... est venue à Paris pour se faire soigner. Son frère, établi à Paris, me l'a confiée pour lui faire subir l'opération. Tel est le commémoratif à ma première visite.

A l'examen direct je constate un abaissement considérable de la matrice avec rétroversion oblique.

Le 20 mars 1874, assisté de mon confrère, le docteur Dalpiaz, je pratique l'opération. Avant de la commencer, je procède à un nouvel examen en présence de ce confrère, qui veut bien écrire sous ma dictée tous les détails de l'observation, et voici les résultats de cet examen : dans la position debout, globe utérin porté en arrière, à gauche, faisant un peu saillie en bas, mobile, se déplaçant facilement avec les manœuvres des deux mains ; col en avant à droite, descendant à la vulve sans la franchir, présentant une demi-incurvation en avant, le museau de tanche à droite. La lèvre antérieure du museau de tanche est fort épaissie, la postérieure est moins volumineuse ; la face postérieure du col est épaissie aussi ; le cul-de-sac antérieur gauche est renversé en bas, le postérieur est effacé.

Dans la position horizontale, les résultats de l'examen sont à peu près les mêmes, sauf que le col remonte un peu ou plutôt se refoule plus à droite et le globe un peu plus en arrière.

L'examen au spéculum laisse voir le museau de tanche rouge, engorgé, avec proéminence considérable de la lèvre antérieure, derrière laquelle on découvre avec peine la lèvre postérieure.

Ces deux lèvres, ainsi que l'ouverture interne, sont recouvertes de fines granulations. Ni érosion, ni exulcération.

Après cet examen définitif, le spéculum étant un peu retiré en avant pour laisser le col prendre sa direction vicieuse ordinaire, une incision transverse profonde est faite dans le sens de l'obliquité gauche et au-dessus de la jonction du col et du globe. Avec un ténotome à lame inclinée sur tige en col de cygne, à tranchant oblique en dedans, le dos renversé en dehors et s'adaptant bien, je fais partir une incision d'abord superficielle

sur la partie antérieure du cul-de-sac gauche renversé, plus profonde en arrivant sur le col et qui va aboutir sur l'extrémité antérieure gauche de l'incision transverse, de façon à se réunir à elle, à angle ouvert ; avec un ténotome semblable, mais à dispositions inverses de lame, je fais une incision partant de la partie postérieure du même cul-de-sac, superficielle aussi à cet endroit, plus profonde sur le col et venant rejoindre le point opposé du même angle de l'incision transverse.

Cette première partie exécutée, je fais sur la face postérieure gauche excurvée du col deux sections transverses, profondes, parallèles à l'incision transverse supérieure et à 1 centimètre et demi l'une de l'autre. Je pratique ensuite deux incisions longitudinales semi-elliptiques, allant de l'incision transverse supérieure un peu au-dessous de l'inférieure. Avec des ténotomes en spatule, en truelle, en langue de carpe repliée, j'abrase la partie contenue entre les incisions elliptiques de bas en haut ; par une incision emporte-pièce, j'enlève sur le rebord externe de la lèvre postérieure du museau de tanche une petite portion du tissu, en V renversé, dont la pointe aboutit à la section transverse inférieure. — La deuxième partie de l'opération est achevée ainsi.

Je fais alors fortement saillir le museau de tanche à travers le spéculum, de façon qu'il se présente directement en face, et, avec mon sécateur-ciseaux, courbé sur plat presque à angle droit vers la pointe, j'emporte d'un coup environ un centimètre du museau de tanche comprenant les deux lèvres.

Une langue de carpe est introduite dans l'orifice externe ; après elle un cautère cylindrique, puis un cautère olivaire. L'orifice est ainsi parfaitement cautérisé jusqu'à un centimètre en arrière dans le canal cervical.

Enfin, avec un marteau au rouge-brun, j'escarrifie toute la surface sectionnée du museau de tanche pour l'égaliser.

Il n'y a pas eu dix gouttes de sang répandu, grâce au chauffage des instruments, qui n'a jamais été porté au-delà du rouge cerise. La malade, pusillanime de sa nature, n'a pas poussé une plainte, tant la réfrigération par l'eau froide a été rapide après chaque incision ; elle avoue même ne pas avoir souffert, et cependant l'opération a duré trois quarts-d'heure. Un linge imbibé d'huile est porté à travers le spéculum sur le col. La malade est replacée sur son lit, et on lui applique sur le bas-ventre de la glace dans un boyau préparé, qu'on devra renouveler nuit et jour pendant trois jours. Le linge imbibé ne restera que quatre heures, et on fera matin et soir des injections à l'eau de son.

21 et 22. Absence complète de douleur et de fièvre.

23. Suppression de la glace. La malade est bien et mange copieusement.

25 au soir, envie de vomir, fièvre. Pouls à 92. Thermomètre 38 5/10. Ces accidents me paraissent le résultat d'une indigestion : tartre stibié 0,10 en potion pour le lendemain matin.

26 au soir, la fièvre est tombée. Le vomissement a débarrassé le tube digestif.

28. Quelques douleurs à l'aine droite et aux reins, comme habituellement à l'approche des règles, mais moins vives.

29. La menstruation s'opère.

1er avril. Etat excellent ; le sang des menstrues coule modérément.

2 avril. Cessation complète des menstrues. Tout va bien.

4 avril. Je constate que l'utérus est remonté jusqu'à sa position normale. La lèvre antérieure me paraît encore trop proéminente ; je fais chauffer le sécateur, j'enlève séance tenante un segment d'un demi-centimètre d'épaisseur de cette lèvre, et j'applique un cautère à marteau sur la surface sectionnée.

5 avril. La malade a passé une excellente nuit et se lève la journée.

6 avril. Douleur sourde au bas-ventre et notamment à l'aine droite et à la région sacro-coxigienne. L'exploration avec le doigt dénote une chaleur anormale du col avec turgescence et sensibilité exagérée. Pouls à 90 ; Perte d'appétit ; inquiétude. Pas de garde-robes depuis deux jours. Huile de ricin, 15 grammes. Glace sur le bas-ventre ; potion calmante.

7 avril. Chute du pouls à 78 ; moiteur à la peau. Deux évacuations alvines. Douleurs calmées. Continuation de la glace.

8 avril. Cessation complète des douleurs ; il y a plus de souplesse et moins de chaleur au col. Apyrexie. Désir d'aliments.

9 avril. La malade se lève, mange avec appétit et se trouve bien. Cessation de la glace et reprise des injections de lavage.

Il me reste démontré que la section de ce disque de la lèvre antérieure a déterminé ces petits accidents inflammatoires qui ont été rapidement maîtrisés par les applications de glace. J'avais négligé de faire exécuter cette application après la section, parce que la malade était gaie, sans souffrance après l'opération et que le lendemain elle était en très-bon état. Preuve nouvelle qu'il ne faut jamais négliger cette précaution.

Du 10 au 20, état excellent. La malade se lève tous les jours. Les injections détersives sont commencées. Ces injections sont faites avec quelques gouttes de la mixture suivante dans de l'eau : alcoolature de quinquina, alcoolature de lavande et alcoolature de myrrhe par parties égales ; puis un tampon d'ouate imbibé d'un mélange, à parties égales d'huile et de cette mixture, est porté tous les deux jours à travers le spéculum sur le col, pour

être retiré un quart d'heure après. La constipation est le seul inconvénient éprouvé actuellement par la malade.

Du 20 au 25, il n'y a à signaler que l'engorgement de tumeurs hémorrhoïdales succédant à des purgations répétées.

Le 28. Ce petit accident est dissipé. La cicatrisation des plaies est presque achevée, et la malade se promène tous les jours, dans Paris, sans ressentir aucune de ses anciennes douleurs ; elle a même récupéré des forces et un certain embonpoint.

Du 29 avril au 4 mai. Continuation des pansements.

Le 8 mai. Le docteur Dalpiaz, qui m'a assisté dans l'opération ; qui, avant l'opération, avait sous ma dictée, et en examinant la malade avec moi, écrit tous les détails du diagnostic et qui a tenu à constater les résultats définitifs avant le départ de la malade, vient assister à l'examen ultime en présence de la famille qui attend avec impatience, pour savoir si Mme L... est bien guérie et en état de repartir. Les gens de la province, surtout ceux qui s'occupent de culture, de commerce, aiment les choses précises et bien définies. Il leur faut, en un mot, des résultats clairs et nets. Or, voici les résultats obtenus : Le museau de tanche ne mesure que 2 centimètres et demi au-dessous du plancher vaginal. Les culs-de-sac sont reconstitués avec leur voûte en haut. La direction du col est presque parallèle à l'axe vertical, sauf une légère inclinaison en arrière. Nous constatons une bride très-marquée, sous forme de repli, allant de la paroi vaginale supérieure gauche à la jonction du col avec le globe sur le même côté ; c'est la bride résultant de la section transverse supérieure.

Le museau de tanche, régulièrement reconstitué, présente cette forme conique avec renflement à la partie centrale et un peu olivaire au sommet, qu'on retrouve chez la femme qui n'a pas eu d'enfant et chez qui il n'a subi aucune déformation ; l'ouverture réduite à la grandeur de la moitié d'une lentille un peu forte se présente directement en face, à travers le spéculum ; un épithélium nouveau recouvre le museau de tanche dont les lèvres sont égales, lisses, rosées, et tout le col, jusqu'à sa jonction avec le globe, présente également cette surface lisse et rosée, n'ayant pas plus de volume en circonférence que celui d'une femme qui n'a pas eu d'enfant. Au moment de l'exploration, nous voyons sourdre par l'orifice un sang noirâtre et bavant. C'est l'apparition des règles qui ont lieu pour la troisième fois depuis l'opération, avec un retard de dix jours. A la dernière menstruation, la malade avait encore des douleurs sacro-iliaques droites, vives, et de plusieurs jours de durée avant l'écoulement du sang, et cet écoulement avait duré huit jours. L'évolution menstruelle actuelle sans douleurs est le signe d'une guérison de tous les accidents et de la plupart des troubles antérieurs. Aussi la malade, malgré son opération et son séjour à Paris, a repris l'embonpoint et les forces qu'elle avait avant d'être malade ; et toutes ses névralgies, même la dyspepsie, ont disparu. On ne peut voir de fait plus éclatant dans un cas aussi difficile et aussi invétéré :

cela a été le cri d'expansion de la malade et de toute la famille en présence de mon confrère Dalpiaz (1).

Obs. LXXII.

PROLAPSUS EN RÉTROVERSION OBLIQUE GAUCHE, COMPLIQUÉ DE CYSTOCÈLE ET DE RECTOCÈLE ; ÉLONGATION HYPERTROPHIQUE DU COL ; ONZE CENTIMÈTRES A LA MENSURATION DU CANAL UTÉRO-CERVICAL ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

M[me] C..., rue de Laborde, 29 ans, mariée à 21, constitution moyenne, à prédominence lymphatique, a eu trois enfants en trois couches. Le premier accouchement et le second terminés normalement avec suites de couches régulières. Le troisième accouchement, à 27 ans, très-laborieux, ne s'effectuant qu'au bout de trois jours de douleurs actives et plus ou moins violentes ; accouchement par une sage-femme ; hémorrhagie post-puerpérale; suites de couches mauvaises, accidentées. — La malade reste trois mois au lit, et paraît, d'après le commémoratif, avoir eu une endo-métrite. — Durant le travail, il y a eu déchirure de la ligne blanche au-dessous de l'ombilic, qui constitue une éventration et laisse saillir la masse intestinale dans la marche, la station debout ou assise, et surtout dans les efforts de toute nature. Une ceinture spéciale est adaptée pour le maintien de cette éventration.

Levée après trois mois seulement de cette dernière couche, M[me] C... a eu une convalescence très-longue et n'a jamais récupéré complétement ses forces ; la couche avait lieu en septembre 1874.

Le 10 septembre 1875, la marche étant pénible, peu supportable, et la malade se sentant, à cause de cela, dans l'impossibilité de vaquer à ses affaires de commerce, m'est adressée par une de ses amies que j'ai guérie. Etat actuel : Pâleur de la face, faiblesse générale, surtout dans les extrémités inférieures; essoufflement facile, palpitations fréquentes, sans aucun signe de lésion cardiaque ou des gros vaisseaux; névropathies céphaliques ou thoraciques, à forme uni ou bilatérale, apparaissant souvent. — Constipation opiniâtre, appétit bizarre et diminué, dyspepsie croissante, au point que la malade mange avec crainte, tellement elle est ballonnée après les repas, et est sujette ensuite *à des éructations, des rapports incommodes.* Cette personne, si calme de son naturel, est devenue très-irritable, et, plusieurs fois par mois, elle éprouve des crises nerveuses suivies, dit-elle, de commencement de syncope après contractions convulsives des

(1) Cette malade dont la guérison s'est maintenue d'une façon absolue est maintenant diabétique ; depuis trois jours je la traite pour cette dernière maladie. Cette glycosurie ne se serait manifestée en réalité que depuis févrer 1876.

membres et de tout le corps, véritables crises hystériques. — Le retour de la menstruation n'a eu lieu que quatre mois après cette dernière couche. Depuis lors, il y a époques à peu près régulières, mais hémorrhagie de six à dix jours de durée chaque fois. Voici les phénomènes qui l'inquiètent le plus : Endolorissement dans les aines, à la partie supérieure des cuisses, à l'hypogastre ; sentiment de pesanteur tracassière sur le siége et à l'ouverture vaginale, d'où il lui semble que quelque chose va sortir quand elle est debout. Ces divers phénomènes, ainsi que les fréquentes émissions d'urine le jour, s'amendent grandement avec le repos au lit. Il y a une douleur spéciale au sacrum, une véritable coccygodinie qui disparaît également dans le lit. Tous ces mêmes accidents sont exaspérés un jour ou deux avant l'apparition des règles, durant la période congestive. En somme, tous ces phénomènes réunis et joints à la faiblesse des extrémités inférieures obligent Mme C... à garder le repos aussi absolu que possible, situation peu tenable pour son commerce. Examen direct :

Le toucher exercé dans la position debout permet de constater une large ouverture vulvaire par la déchirure du périnée, qui s'étend jusqu'à 1 centimètre et demi environ de la cloison recto-vaginale. Le vagin, formant rectocèle dans sa paroi postérieure, offre une saillie de la grosseur d'une petite noix sous la vulve. Le col vésical est abaissé par entraînement de la paroi vaginale antérieure, qui elle-même forme au dehors et en avant du méat une petite tumeur presque égale en volume à la précédente. Au milieu de ces deux saillies et du restant du vagin, un peu renversé et formant presque bourrelet circulaire, on perçoit le museau de tanche très-volumineux, durci, avec déchirure de la commissure droite. En refoulant en haut la vessie avec les parois vaginales, on sent que le col est volumineux aussi, hypertrophié. Cette augmentation de volume gagne le globe utérin. Celui-ci, notablement abaissé et déjeté en arrière, à gauche, est en rétroversion oblique. La mensuration de la cavité cervico-utérine dans cette situation donne 11 centimètres et demi. La malade nous dit qu'elle sent saillir le col de l'utérus quand elle s'accroupit ou qu'elle fait un effort pour relever un fardeau, prendre son enfant dans ses bras. Il lui est arrivé plusieurs fois, dans ces moments, de toucher avec son doigt le col hors la vulve.

La malade, étant couchée sur le dos, les cuisses écartées et fléchies sur le bassin, on voit de suite au-dessous du clitoris une tumeur de la grosseur d'une noix avec plissements transversaux qui représentent bien les plis de la paroi vaginale au-devant du canal de l'uréthre abaissé; et en arrière, engagée dans la fourchette disparue, cette autre tumeur faisant saillie en pointe vers la vulve, de la grosseur d'une noix à la base et dont la membrane est plissée comme la précédente. Il y a recto-cystocèle. Le doigt peut aisément contourner, en le refoulant, le vagin prolabé, qui soutient à son centre un museau de tanche volumineux descendant à la vulve, et que l'on fait saillir en refoulant et relevant les parois vaginales prolabées. Alors cette partie du col, regardant un peu à droite, remonte avec le va-

gin, mais en se dégageant de lui ; il présente une longueur de 4 centimètres sur sa face postéro-latérale gauche, la plus étendue, et la partie sus-vaginale du col dirigée en arrière à gauche paraît augmentée considérablement aussi de longueur et de volume. Le globe prolabé est facilement mobilisable dans sa rétroversion et peut être très-facilement remonté à sa place.

A l'examen au spéculum, qui, mis en place, a refoulé les parois vaginales, on distingue parfaitement l'augmentation de longueur et de volume du col. Puis, en inclinant le spéculum en arrière à gauche, on voit le globe faire une saillie oblique en arrière depuis sa jonction avec le col, qu'on distingue parfaitement ; la paroi vaginale postérieure et le plancher vaginal de ce côté restent fort tendus et refoulés en arrière. La lèvre postérieure du museau de tanche est très-proéminente, hypertrophiée, faisant une saillie très-accentuée sur la face interne du canal cervical. La lèvre antérieure est moins volumineuse et présente à sa face interne, dans le canal cervical, comme une dépression en gouttière qui reçoit la partie saillante de la lèvre postérieure, qui figure assez bien un petit fibroïde allongé. La déchirure de la commissure droite est très-accusée. La membrane de revêtement est rouge, un peu tomenteuse, mais sans érosion. Il s'échappe du mucus utérin glaireux à travers le museau de tanche pendant l'examen. La mensuration exercée avec la cathéter dans cette situation ne donne que 11 centimètres. En somme, l'utérus a presque doublé de volume. L'introduction du spéculum, en refoulant les parois et la voûte vaginale, a fait disparaître la recto-cystocèle.

Du reste, avec les doigts, avant l'introduction du spéculum, j'avais pu obtenir à peu près le même résultat. Pendant quinze jours, repos au lit, après réduction de l'abaissement; injections styptiques; traitement général.

Opération le 15 septembre. — La malade, placée comme pour l'examen au spéculum, après refoulement en haut et surtout en arrière des parois et du plancher vaginal, l'utérus se présentant bien dans sa position de prolapsus en rétroversion, il est pratiqué une incision transverse, à la jonction du col avec le globe, sur la partie moyenne de la face postérieure, à droite, puis une seconde un peu au-dessus de la précédente (3 à 4 millimètres) sur la partie moyenne à gauche, de façon que l'extrémité, sur la partie médiane soit superposée à l'extrémité de l'incision précédente. Puis deux autres incisions transverses sont pratiquées en dessous, une à 3 centimètres de l'ouverture externe du museau de tanche, l'autre intermédiaire à celle-ci et aux transverses supérieures et parallèles à la partie centrale. Après, j'exécute les incisions semi-elliptiques, allant des incisions transverses supérieures à la transverse inférieure, et l'abrasion des tissus intermédiaires aux incisions elliptiques. J'exécute ensuite, partant de l'angle externe de chaque incision supérieure, deux incisions obliques, l'une en avant, l'autre en arrière, plus profondes sur l'utérus, plus superficielles sur les parois vaginales. C'est le premier temps de l'opération.

Dans le second temps, je sectionne avec le sécateur toute la portion saillante de la lèvre postérieure en abrasant la surface de la lèvre antérieure; puis, avec mon ténotome à curseur, j'enfile le canal cervical jusqu'à l'ouverture interne.

J'escarrifie ensuite profondément, avec des ténotomes droits, la partie interne hypertrophiée de la lèvre postérieure en allant aussi avant que possible dans le canal cervical et sur trois lignes ; après quoi, avec le cautère demi-olivaire présenté par la partie convexe, sur cette même partie et à trois reprises différentes, je détruis aussi profondément et aussi avant que possible les tissus hypertrophiés. Au cautère olivaire je fais succéder le cautère quadrangulaire, en truelle, qui laboure le canal cervical jusqu'à son ouverture interne.

Enfin, comme le col est hypertrophié dans toute sa circonférence, je pratique sur sa partie antérieure, et à distance d'un centimètre et demi, deux incisions longitudinales dans toute sa longueur, et, comme dernier temps, avec un cautère à marteau, je régularise la partie sectionnée du museau de tanche pour lui donner une forme légèrement conique. Puis les pansements et les soins comme d'usage.

Au soixantième jour, quand tout est cicatrisé, voici ce que je constate : La rectocèle ou saillie périnéale du vagin a disparu ; de la cystocèle, il n'existe plus qu'une légère saillie de l'urèthre en arrière de l'ouverture vulvaire et dont la malade n'éprouve plus aucune incommodité. Le museau de tanche réduit à son volume normal ou à peu près, régulièrement constitué, remonte dans la position debout, à 6 centimètres au moins au-dessus de l'orifice vulvaire ; il ne fait saillie au-dessous du plancher vaginal remonté et en voûte avec les culs-de-sacs régularisés, que de 2 centimètres et demi. La marche est facile, longtemps supportée, sans fatigue ; les palpitations ont disparu. Toutes les fonctions sont rétablies normalement, et les phénomènes névropathiques accusés antérieurement ont cessé avec le retour des fonctions.

Revue ces jours-ci, Mme C... se porte parfaitement bien, et la guérison radicale ne s'est pas démentie. Elle vaque à ses affaires de commerce, qui nécessitent beaucoup de fatigue, sans se ressentir d'aucun accident.

Corollaires du chapitre III.

Je viens de rapporter quatre observations d'abaissement de matrice où j'ai obtenu une cure radicale. Deux de ces observations (les LXIXe et LXXe) ont trait à des femmes occupées aux travaux fatigants de cuisinière. Dans l'une et l'autre, les malades ne pouvaient plus continuer leurs travaux; celle de la LXIXe observation avait dû cesser complétement et s'astreindre à un repos absolu.

Or, ces deux malades, une fois guéries, ont pu recommencer leur ouvrage, et la guérison, après deux ans et plus, se maintient d'une façon absolue, sans que j'aie été obligé de prescrire aucun bandage, aucun moyen de maintien, pessaire de quelque forme que ce soit.

Dans les deux autres cas, il y a élongation du col dans l'un (Obs. LXXI), et recto-cystocèle avec élongation hypertrophique du col dans l'autre (Obs. LXXII).

Dans l'observation LXXI, dont la cure radicale se maintient toujours, puisque je suis en correspondance avec la malade, et, par conséquent, à même de le savoir, il y a deux circonstances à noter : 1° un accident d'inflammation traumatique survenue après la deuxième résection de la partie inférieure du col (lèvre antérieure); 2° la glycosurie dont la malade a été atteinte en janvier 1876.

Le développement de l'inflammation traumatique est à ma charge, parce que j'avais négligé l'application de la glace sur le ventre après la deuxième excision. Mais cet accident, peu redoutable, a été promptement arrêté, dès que j'ai pu le soupçonner et le combattre avec connaissance de cause.

Quant à la glycosurie survenue près de deux ans après l'opération, suivant apparence, il reste à se demander s'il a une connexion quelconque avec l'opération, ce que rien ne semble prouver ; ou si cette glycosurie n'existait déjà pas, à l'état latent, quand l'opération a été pratiquée, ce qui me paraîtrait plus probable.

En effet, on peut s'assurer, en relisant attentivement l'observation, que cette malade, à travers toutes les névralgies dont elle était atteinte, en accusait une plus particulièrement tenace et périodique, arrivant au moment des époques et siégeant à la région frontale, qui ne disparaissait qu'au bout de quelques jours.

Or, on sait, d'après les expériences de M. Claude Bernard, qu'une piqûre faite sur le plancher du quatrième ventricule détermine une glycosurie passagère. Cette névralgie ne pourrait-elle pas, à bon droit, être considérée comme symptomatique d'une lésion analogue dans le ventricule en question, d'autant plus que l'intelligence de la malade avait subi une certaine dépression ?

Dans mon *Traité des maladies à urines albumineuses et sucrées* (in-8° de 700 pages, Paris, chez Baillière et fils), j'ai rapporté l'observation d'un sujet affecté de névralgie frontale rebelle et qui offrait une albuminurie intermittente. Marchal de Calvi, s'emparant de ce fait, antérieur aux expériences de M. Claude Bernard, prétendait que, cliniquement, j'avais affirmé le fait découvert expérimentalement par le

célèbre physiologiste, mais sans rattacher la cause à l'effet, ce qui est vrai. Puis, avec sa facilité d'induction, il allait jusqu'à conclure que de pareilles névralgies, tenaces et persistantes, pourraient bien donner l'éveil pour la recherche de la glycosurie, le cas échéant.

Quant à l'observation LXXII, elle représente bien le cas le plus difficile à opérer comme abaissement de matrice. La complication de recto-cystocèle, avec un certain degré de renversement du vagin et d'élongation hypertrophique du col, en fait l'une de ces variétés où l'on a appliqué les anaplasties par synthèse et exérèse qui s'attaquent à l'ouverture vulvaire pour la rétrécir, ou à la cavité vaginale pour la rétrécir également, mais qui ne peuvent rien contre les lésions utérines elles-mêmes.

Ce genre d'abaissement représente aussi cette variété où nos confrères d'outre-mer ou d'outre-Rhin emploient la colporrhaphie postérieure ou antérieure, ou les deux à la fois, pour maintenir l'utérus comme par un pessaire charnu, mais en laissant tels quels les désordres anatomiques de cet organe. Enfin, il figure encore, avec une certaine similitude, ces cas où on a tenté d'amputer le col après avoir disséqué la voûte vaginale de bas en haut. S'il y avait eu une plus grande élongation du col, ce fait fût rentré dans la catégorie de ceux où l'on fait si fréquemment pareille mutilation en Amérique.

Eh bien! par notre méthode si rationnelle, si inoffensive, nous sommes arrivés à un résultat plus heureux, sans mutilation repoussante, sans faire courir le moindre danger, et la cure radicale se maintient toujours bien.

Quand nous avons songé à opérer cette malade, nous conservions la ferme conviction que, si la recto-cystocèle récidivait, n'importe à quel moment, nous en ferions

justice au moyen de la colporrhaphie par la myotomie vaginale ignée, dont on trouvera plus loin le procédé décrit. Jusqu'ici nous n'avons pu être entraîné à la pratiquer, puisque la cure se maintient intacte, et le temps qui s'est écoulé depuis l'opération nous permet de penser que la nécessité ne se fera jamais sentir de recourir à ce procédé.

CHAPITRE IV.

PERTES ANORMALES DU SANG

ET AUTRES.

Avant de passer au traitement de l'élongation hypertrophique, je dois faire sommairement l'histoire de ceux appropriés aux hémorrhagies utérines en général, et, en particulier, aux hémorrhagies chroniques par leur date, leur durée ou leur répétition, et qui généralement se rattachent à des maladies chroniques de l'utérus.

De même, je dois, à cette occasion, parler du traitement des pertes autres que les pertes sanguines, pour apprécier ceux qui leur sont applicables. Ces pertes, se rattachant aussi à des maladies chroniques, offrent nécessairement elles-mêmes le caractère de la chronicité.

Nous avons motif d'autant plus suffisant à consa-

crer un chapitre à cette grande question, après ceux concernant les déviations et abaissements et avant celui où est traitée l'élongation hypertrophique du col, que les hémorrhagies et les pertes blanches ou leucorrhée sont des complications qui se présentent avec une très-grande fréquence dans tous ces cas, et une bien plus grande encore dans les tumeurs intra-utérines dont il sera traité plus loin.

1° Ménorrhagies, métrorrhagies.

En fait de perte de sang de l'utérus, il faut reconnaître le caractère hémorrhagique à toutes celles qui sont anormales par leur apparition, leur irrégularité, leur abondance ou leur longue durée. Je ne veux ici parler que de celles qui se lient à des lésions utérines chroniques et qui nécessitent presque exclusivement une thérapeutique locale pour être maîtrisées.

Voici à quelles séries de lésions on peut les rattacher généralement :

1° A la métrite chronique du corps de l'utérus, à la métrite cervicale ou cervitite, à la même inflammation qui, de l'état chronique, passe à un état subaigu ;

2° A tout engorgement du corps ou du col de l'utérus, que cet engorgement soit ou non le résultat de la métrite ;

3° Aux déviations de l'utérus, comme nous en avons donné tant d'exemples, et à la torsion du corps de cet organe ;

4° A l'hypertrophie du corps ou du col, surtout quand cette hypertrophie porte sur la muqueuse et que, comme les autres altérations, elle va atteindre toute celle de la cavité utérine ;

5° Aux granulations simples ou granulations fon-

gueuses siégeant, soit au museau de tanche, soit à l'intérieur du canal cervical ou de la cavité utérine, en tout ou en partie ;

6° Aux érosions, ulcérations siégeant sur la muqueuse du col ou de la cavité, à des décollements partiels ou à des ulcérations résultant de la syphilis ;

7° Aux fibroïdes ;

8° Aux polypes siégeant au museau de tanche, dans l'orifice, le long du canal cervical ou dans la cavité utérine ;

9° Enfin aux cancers.

Toutes ces hémorrhagies, qui sont compromettantes à un plus ou moins haut degré, nécessitent une intervention active et locale pour être arrêtées et maîtrisées, les médications internes et générales étant rigoureusement sans effet à ce point de vue, ou d'un effet tout à fait secondaire.

Nous allons donc passer en revue et les procédés employés et les substances dont on se sert pour combattre ces pertes sanguines anormales.

Et d'abord, quoique conséquences de lésions utérines chroniques ou au moins subaiguës, les pertes sanguines sont quelquefois tellement abondantes, rapides, qu'elles commandent impérieusement une intervention immédiate et active. De même que, quoique s'étant manifestées depuis longtemps ; s'étant reproduites à des degrés variables et plus ou moins souvent, et, par cela même, résultant de lésions essentiellement chroniques ou d'affections organiques, comme les cancers, les granulations fongoïdes, les ulcérations, etc., elles peuvent, à un moment donné, offrir un tel degré d'acuité et d'intensité, qu'elles menacent l'existence à si bref délai, que l'intervention doit être subite et efficace.

Donc, même parmi les hémorrhagies chroniques par

leur cause, chroniques par leur date et leur durée, il faut tenir compte de deux choses : 1° du danger dû à leur persistance ; 2° du danger subit par leur très-grande proportion, à un moment donné, et eu égard à la débilitation déjà plus ou moins prononcée des malades.

Voyons et discutons avec rigueur, mais surtout avec logique, les procédés employés pour les combattre.

Ces procédés peuvent se ranger sous plusieurs chefs, et même se combiner les uns avec les autres.

1° Le repos.

2° La réfrigération.

3° La compression qui comprend le tamponnement.

4° Les caustiques escarrifiants et les astringents très-strictifs.

5° Le cautère actuel.

1° Le repos n'est pas un procédé, à proprement parler, mais une position nécessaire à la bonne application et à la réussite des autres procédés. Cependant, à lui seul et, dans quelques cas peu graves, il peut suffire à permettre l'arrêt de l'écoulement du sang, lorsque des caillots obturateurs se sont formés et empêchent ainsi l'effusion sanguine. On voit donc par là toute l'importance de cette situation, surtout quand on la combine avec des dispositions convenables. Au reste, il ne faut pas oublier que tout écoulement de sang laisse supposer une plaie de vaisseau sanguin, petite ou grande, visible à l'œil nu, ou appréciable à la vue aidée du microscope.

Or, s'il y a toujours plaie, l'arrêt de l'écoulement sanguin ne peut avoir lieu que par l'obturation de la plaie, et le meilleur obturateur est le caillot sanguin.

2° La réfrigération est un procédé commun, souvent facile, très-fructueusement applicable dans beaucoup de cas, mais surtout dans les hémorrhagies consécutives

à la métrite subaiguë ou chronique, quoiqu'elle convienne également à la première période de cette affection, c'est-à-dire dans la période congestionnelle, active. La réfrigération est surtout efficace, dans ces cas, par l'application de la glace sur le bas-ventre, beaucoup moins par les linges imbibés d'eau froide, les injections vaginales froides et les lavements à l'eau froide. Toutes ces dernières applications du froid peuvent avoir une utilité, mais ne sauraient atteindre la puissance d'action de la glace. Cependant, une bonne manière de se servir de l'eau froide, c'est par bains de siége de quelques minutes de durée, en ayant soin de renouveler l'eau par un courant continu et le déversement ou fuite continue de l'eau contenue dans le bassin, de façon qu'elle se renouvelle sans cesse.

Dans le même sens, l'irrigation continue à l'eau froide offre des avantages réels. Mais il est bien entendu que toutes ces diverses applications froides ne sont réellement utiles que dans la métrite interne subaiguë ou chronique, et dans quelques autres cas où il n'y a que des lésions légères ; tandis que l'application de la glace offre une ressource salutaire dans tous les cas.

3° La compression. — Elle s'exécute de différentes sortes : 1° par les parois abdominales ; 2° par tamponnement utéro-vaginal exercé de diverses manières, mais notamment par le tamponnement en cerf-volant ; 3° par une boule en caoutchouc qu'on insuffle et qu'on distend au point voulu, ce qui constitue un excellent procédé, auquel tout praticien peut avoir recours.

Dans les hémorrhagies post-puerpérales, dont nous n'avons pas à nous occuper ici, et dans toute hémorrhagie violente de l'utérus, la compression par les parois abdominales rend des services éminents, en pressant sur l'aorte, au-dessus de l'utérus, et faisant diminuer ou

oblitérant momentanément le calibre de ce vaisseau. Dans ces hémorrhagies qui peuvent parfois devenir foudroyantes, cette compression est un moyen, sinon toujours sûr pour les vaincre, au moins toujours suffisant pour permettre d'attendre et de pouvoir recourir à d'autres expédients plus précis et plus sûrs.

Prônée d'abord, délaissée ensuite et, enfin, réhabilitée à nouveau, cette compression est certainement capable, à elle seule, de faire maîtriser la perte de sang dans un bon nombre de cas. La compression utéro-vaginale, associée aux strictifs astringents tels que le perchlorure de fer, est une ressource d'autant plus grande qu'elle réunit les avantages des deux procédés, compression et application d'astringents.

4° Nous arrivons à l'application des astringents très-strictifs et à celle des caustiques.

Les astringents très-strictifs peuvent être portés sur les points d'où jaillit le sang, soit en solution très-concentrée, soit en nature sous forme pulvérulente. L'alun, le tannin, la poudre de ratanhia, etc., peuvent être appliqués sur le col là où la vue discerne la lésion et l'effusion sanguine, là où il y a facilité pour les déposer. C'est en général un mauvais moyen; c'est le plus souvent de la palliation, un temps d'arrêt que l'on obtient avec eux; mais ils demeurent tout à fait inutiles et peuvent même devenir nuisibles quelquefois, tant en solution que sous toute autre forme, quand il faut les porter dans la cavité du col et dans celle du corps. C'est alors aux meilleurs des styptiques qu'il faut s'adresser, surtout si l'hémorrhagie est le résultat de tumeur. Le perchlorure ou le persulfate de fer, l'acide chromique, l'acide nitrique sont les principaux et ceux sur lesquels on peut réellement compter.

Il faut qu'ils soient appliqués directement sur la mu-

queuse utérine et sur l'enveloppe de la tumeur, quand il y en a.

L'iode, qu'on a prôné, m'a toujours paru insuffisant, quoique causant des douleurs. Tant qu'on n'a besoin que de porter ces styptiques sur des points accessibles à la vue et à la main, l'application est simple, facile et partant efficace. Il n'en est plus de même quand il s'agit de les porter dans la cavité utérine. Ici se présentent des difficultés réelles pour leur application, aussi bien en injection qu'en badigeonnage.

La première condition pour l'un comme pour l'autre, c'est que le conduit cervical soit assez largement perméable pour le passage des instruments destinés à porter le liquide dans la cavité utérine, ce qui est, sans contredit, le cas le plus rare, nous pouvons dire même tout à fait exceptionnel. Il faut donc dilater préalablement le conduit cervical, soit avec l'éponge préparée, soit avec la laminaire qu'on laisse plusieurs heures en place, ce qui peut très-bien aller quand le conduit est direct, mais ce qui est insuffisant quand le canal est tortueux. Dans ce dernier cas, il faut recourir à des incisions, et, quelquefois à des incisions et à la dilatation.

Il faut bien agir ainsi quand on ne peut faire mieux ; mais nous espérons prouver que l'on peut faire mieux et sans faire courir les mêmes dangers aux malades.

On s'est ingénié, et à juste titre, pour porter les liquides dans la cavité utérine, à créer des instruments de toutes sortes, sondes, tubes injecteurs ou conducteurs, etc. J'approuve toutes ces ingénieuses inventions, mais je soutiens qu'il n'en est pas une seule qui mette à l'abri de tout accident.

Nos confrères de l'étranger, d'Angleterre, d'Amérique et d'Allemagne se sont surtout distingués par la variété et la multiplicité de ces inventions. Mais je dois

à la vérité d'ajouter que deux de nos compatriotes ont réalisé, par des modifications heureuses sur les procédés d'autrui, la manière la plus simple et la plus sûre d'injection et de badigeonnage dans la cavité utérine.

Ce sont MM. Gallard et Menière (d'Angers).

Voici la bien simple mais bien intelligente manière de M. Gallard pour les injections :

Nous supposons le canal cervical suffisamment dilaté. Ce médecin se sert de sondes en caoutchouc plus ou moins fines qu'il introduit dans la cavité utérine; une petite seringue graduée, s'adaptant à la sonde, est destinée à pousser le liquide. Il commence par injecter de l'eau et s'assure ainsi si elle ressort entre la sonde et les parois du canal, c'est-à-dire par régurgitation en retour; et, si ce retour a lieu, sûr qu'il est alors que le liquide ne séjournera pas et ne pourra fuir par les trompes dans le péritoine, il injecte le liquide caustique après avoir marqué, à l'échelle de la seringue, la quantité suffisante.

L'instrument de M. Ménière d'Angers, qui est d'une grande ressemblance avec celui du docteur Woodburg (de Washington), est un porte-caustique (caustique en solution) qui diffère essentiellement, dans le but, de celui de M. Gallard, puisque pour ce dernier il s'agit d'injections, et pour M. Ménière d'attouchement, de badigeonnage.

Cet instrument tout en verre, caoutchouc durci et platine, peut être mis en contact avec les liquides, non pas les plus corrosifs, mais tout au moins avec la plupart de ceux que l'on sera tenté de porter sur la muqueuse utérine. Il présente une longueur de trente centimètres et se compose essentiellement de deux parties :

1° Une seringue en verre, avec armature en caoutchouc durci.

L'extrémité est munie d'un pas de vis qui s'adapte exactement à l'extrémité du tube.

2° Deux tubes concentriques, en caoutchouc durci, l'un externe, de trois millimètres de diamètre, ouvert à ses deux extrémités; l'autre interne entrant, à frottement doux, dans le premier.

A l'extrémité inférieure de ce dernier se visse la seringue; à l'extrémité supérieure est inséré un fil de platine terminé par un bouchon olivaire en caoutchouc durci.

Ce fil de platine, double et vrillé sur lui-même, sert à maintenir les poils du pinceau, qui lui sont perpendiculaires et dont l'arrangement et le nombre sont tels qu'ils constituent un pinceau de forme olivaire. Le tube concentrique glisse dans le tube externe; le pinceau peut ainsi être mis à découvert ou réenveloppé à volonté.

Cette manière de porter dans la cavité utérine les styptiques et les caustiques en solution plus ou moins concentrée pour mettre un frein aux hémorrhagies, ces systèmes d'injection ou de badigeonnage sont certainement préférables au transport du caustique en nature; ils offrent plus de garantie pour atteindre les surfaces.

Mais, en raison de la sensibilité dévolue à la membrane de revêtement de la cavité utérine, les injections, même à l'eau simple, peuvent déterminer des accidents graves, quelquefois mortels. Quel est le processus morbide qui préside à ces accidents? Les uns répondent qu'ils sont dus à l'inflammation. C'est possible. Ces accidents inflammatoires, si l'on veut, peuvent s'étendre aux annexes ou même au péritoine. Que ce soit par la pénétration des liquides dans la cavité péritonéale à travers les trompes, que l'inflammation aille atteindre cette dernière membrane, ou que ce soit l'inflammation de la muqueuse

utérine qui s'étende jusque dans le même péritoine, en envahissant les trompes et en se propageant de proche en proche, ces accidents n'en surviennent pas moins. Les uns ont soutenu le passage des liquides injectés à travers les trompes en s'autorisant d'expériences *post mortem*, les autres le nient absolument. Peu importe. Les injections utérines ont été suivies de mort parfois, d'autres fois d'accidents graves dont on a pu se rendre maître.

La manière d'opérer de M. Gallard semble devoir faire éviter rigoureusement ces accidents. Mais qui sait si le liquide caustique, après avoir pénétré et produit son effet, ressortira bien en entier comme l'eau, qui n'exerce aucune action coagulante sur le sang.

Il ressort de l'observation clinique, comme des données expérimentales, qu'il y a une différence énorme entre la tolérance de la membrane qui revêt la cavité du col à l'égard des agents extérieurs et celle de la membrane qui tapisse la cavité du globe.

Eu égard à ces considérations et parce que des accidents fréquents ont été constatés, il y a motif à une grande réserve : d'abord parce qu'il faut dilater préalablement la cavité cervicale, quelquefois même l'inciser, pour pouvoir faire pénétrer les instruments, et que ces préparatifs peuvent susciter déjà des accidents par eux-mêmes ; ensuite par le danger que peuvent faire courir les injections, même étant prouvé que les injections styptiques ou caustiques exposent moins que les injections aqueuses.

Voici de quoi autoriser une telle réserve : Il y a vingt ans, j'étais appelé auprès d'une jeune femme de vingt-trois ans qui avait des signes non douteux de métrite interne, et qui, d'après mon examen et mes suppositions, devait avoir avorté une quinzaine de jours auparavant, mais à qui il ne pouvait convenir de faire un aveu.

Le col était entr'ouvert. Il était le siége d'une chaleur

et d'une sensibilité exagérées ; il y avait aussi une sensibilité exagérée dans le globe utérin, révélée par la pression. La malade avait eu une perte de sang de quinze jours de durée. Elle était encore fort robuste et n'avait qu'un léger mouvement de fièvre. Je fis appliquer dix sangsues sur le bas-ventre et poser des cataplasmes de farine de lin. Le lendemain elle était mieux; je me contentai de faire continuer les cataplasmes et prescrivis des injections vaginales avec la décoction de racines de guimauve et de tête de pavot.

Le surlendemain j'étais appelé en toute hâte : la malade était couverte de sueurs froides avec un pouls filiforme, la face grippée, une teinte cyanique. Elle avait eu, la veille et toute la nuit, des vomissements de matières liquides d'un vert porracé ; le ventre était ballonné et la voix éteinte. Elle succombait quatre heures après à une péritonite sur-aiguë.

J'appris qu'on avait fait deux injections vaginales avec un irrigateur lançant le liquide à plein jet, et, qu'après la deuxième injection, la malade avait été prise d'un violent frisson.

Ce liquide, pénétrant dans la cavité utérine par l'ouverture du col restée béante, avait-il franchi les trompes et gagné le péritoine, ou avait-il déterminé la propagation de l'inflammation à travers les trompes jusque dans le péritoine ? Toujours est-il que la péritonite mortelle survint immédiatement après ces injections. Une pareille catastrophe doit commander la réserve, même pour les injections vaginales, quand l'ouverture externe du col reste largement béante n'importe par quel motif ; et ces injections, de quelque nature qu'elles soient, doivent être poussées doucement, de façon que le liquide puisse ressortir à mesure qu'il emplit la cavité vaginale.

J'ai rapporté déjà, dans le cours de cet ouvrage, les

effets terribles d'un badigeonnage au perchlorure de fer à 30° dans la cavité utérine, après l'ablation d'une masse fibro-encéphaloïde, chez une jeune Américaine ; tandis que, dans quatre autres opérations semblables, sur la même personne, en présence du docteur Dalpiaz, l'application de trois à quatre fers rouges dans la cavité utérine, chaque fois, n'avait provoqué que quelques douleurs sans importance.

Si un badigeonnage produit de tels effets, que doit-il advenir à la suite d'injection du même liquide ! J'avoue que je redoute ces injections.

Cependant, à tout prendre, injections et badigeonnages au moyen d'instruments plus ou moins ingénieux rendent de grands et fréquents services dans nombre de cas de pertes anormales de sang, tout en demeurant entachés des inconvénients que je viens de signaler. Ils permettent, en portant les caustiques ou styptiques très-actifs sur les parties mêmes d'où s'échappe le sang, de se rendre maître d'une façon définitive de l'hémorrhagie dans un nombre considérable de cas, pourvu qu'on les répète à distances plus ou moins rapprochées, suivant les circonstances et les lésions qui suscitent la perte de sang. Ils constituent donc entre les mains de ceux qui savent les manier une arme puissante.

Mais il est des cas où, toute puissante qu'elle soit, cette arme ne suffit plus, pas plus que les autres moyens que nous avons passés en revue.

Dans certaines intumescences fibroïdes ou hypertrophiques, par exemple, elle reste souvent sans résultat réel, ou, si l'utérus largement ouvert laisse pénétrer le liquide en partie, ce liquide peut ne pas toucher les parties qui fournissent le sang. Dans des cas pareils, aussi, il peut se faire qu'on ne puisse pas dilater suffisamment le col pour faire injection ou badigeonnage, et qu'il

faille débrider. Le débridement est parfois un moyen qui met un terme à l'écoulement du sang. C'est un fait exceptionnel.

Mais quand, après le débridement, il faut porter les caustiques ou les styptiques très-actifs dans la cavité utérine, il peut survenir des accidents très-graves. On cite des cas de mort à la suite de semblables tentatives, et c'est peu rassurant, surtout pour le commun des praticiens.

Là où tous les moyens ou procédés que nous venons d'énumérer, et qui constituent un puissant arsenal de thérapeutique contre les métrorrhagies, échouent, il reste un procédé sûr, d'une application facile pour qui sait, inoffensif et prompt; c'est celui que nous avons placé le dernier dans notre classification, le cautère actuel, le fer rouge, qui peut toujours et sûrement atteindre la partie qui laisse échapper le sang, pourvu qu'on donne aux fers les formes et les proportions convenables.

5° Le cautère actuel. — Pour la majorité des praticiens, et, disons franchement toute notre pensée, pour la majorité de ceux qui, passés maîtres, s'occupent spécialement des maladies utérines, ce procédé est encore dans l'enfance. Est-ce crainte, timidité, expérience insuffisante, que sais-je? Toujours est-il que, même parmi nos confrères et les célébrités d'outre-mer et d'outre-Rhin, qui ne reculent devant aucune mutilation pour triompher d'un utérus en élongation hypertrophique ou abaissé en procidence, la plupart se bornent à user des caustiques, du perchlorure de fer; à inciser, à débrider, à tamponner, etc., etc., pour se rendre maîtres de ces hémorrhagies violentes et dangereuses, et laissent au dernier plan, à tous risques et périls, ce procédé souverain qu'on nomme cautère actuel, le feu par le fer.

Pour nous, qui, en observant avec sévérité, avons toujours cherché le parti le plus court et le moins dangereux, nous sommes arrivé après une longue et très-longue expérience, à formuler que le fer rouge est le procédé qui conduit sûrement et droit au but; et c'est, la plupart du temps, par lui que nous commençons et finissons, dès que nous sommes en présence d'une hémorrhagie grave. L'écoulement de sang a-t-il sa source au museau de tanche, au méat, ou dans la partie antérieure du conduit cervical? Rien de plus facile que de porter sur ces points l'instrument incandescent. La source est-elle plus éloignée dans le même conduit? La manœuvre n'est guère plus difficile, avec des tiges de plus ou moins gros calibre.

Quand le siége de l'hémorrhagie est dans la cavité utérine, la manœuvre est plus difficile, mais cette difficulté est relativement bien faible. Alors et avant tout, il faut porter le fer rouge tout le long du conduit cervical et franchir son ouverture interne. Cette manœuvre, qui produit l'escarrification de tout le conduit, met à l'abri de tout accident ultérieur; elle ouvre une plus large voie, aussi large même que l'on veut, pourvu qu'on répète la cautérisation avec des tiges de plus en plus fortes : et, quand la voie est largement ouverte, que la communication de la cavité utérine avec le conduit cervical est facile et qu'on voit le sang s'échapper malgré les escarrifications du conduit cervical, il devient facile de porter le fer rouge dans la cavité utérine elle-même, à plusieurs reprises, et d'aller arrêter tout écoulement sanguin. Il ne faut pas oublier, en effet, que s'il y a écoulement de sang, il y a plaie petite ou grande d'un vaisseau, et que c'est par caillot obturateur, ou par escarrification de la plaie, qui, consécutivement, donne lieu à la formation du caillot, que l'écoulement du sang s'arrête.

A moins que la tumeur, s'il y en a, soit considérable; qu'elle nécessite son ablation pour couper court à tout, on triomphe toujours et quand même de l'hémorrhagie dont elle est la cause. On peut être obligé de s'y reprendre à plusieurs fois, mais on triomphe; et il peut arriver, si la tumeur n'est pas d'un volume considérable, qu'après avoir été atteinte par le fer rouge sur plusieurs points de sa surface, elle soit éliminée ensuite par suite de nécrobiose. C'est même d'après des idées semblables qu'en Angleterre et en Amérique on a tenté un procédé, fort dangereux du reste, pour faire détacher certaines tumeurs fibreuses intra-utérines, en allant inciser la coque ou enveloppe de la tumeur, et portant un caustique en nature sur la partie incisée. On comprend que le fer rouge, à lui seul, et sans faire courir les dangers des caustiques, qui ont causé la mort, au moins dans deux cas de tentative de ce genre, puisse arriver à produire le même résultat, la mortification ou nécrobiose de toute la tumeur qui a été entamée sur un ou plusieurs points.

Si nous nous sommes si largement étendu sur le cautère actuel comme moyen de triompher de la métrorrhagie dans les maladies chroniques de l'utérus, c'est qu'il mérite la prééminence sur tous et sans conteste, et qu'il est à la portée de tous les praticiens. Mais avant de relater quelques observations probantes, nous devons rappeler et recommander, par-dessus tout, que le cautère ne doit jamais être porté au rouge blanc; qu'il ne doit pas dépasser le rouge cerise, et généralement n'atteindre que le rouge brun, sous peine de voir l'hémorrhagie prendre de plus grandes proportions, et de s'exposer à des accidents sérieux. Le cautère chauffé à blanc agit comme l'instrument tranchant à froid, il laisse béants les orifices des vaisseaux sanguins qu'il atteint.

Ce n'est pas à dire que, dans un bon nombre de mé-

trorrhagies, nous n'ayons recours, en même temps qu'aux applications locales que nous venons d'énumérer, à certains médicaments internes qui, par voie d'absorption, ont une action spéciale sur l'organe de la gestation ; au contraire, nous les mettons souvent à contribution.

La digitale, à doses élevées, et le sulfate de quinine, à hautes doses aussi, ont une action bien évidente sur les mouvements du cœur, action sédative qui, par suite, peut amener une diminution dans la réplétion des vaisseaux utérins. Mais là se borne l'action de ces précieux médicaments, qui, dans des hémorrhagies utérines aiguës, d'une autre nature, indépendantes de lésions organiques, donnent quelquefois d'heureux résultats.

L'ergot de seigle, lui, a une action directe sur l'utérus. Après avoir été absorbé, il provoque les contractions de l'organe, et on peut dire qu'avec lui on détermine, prolonge ou active ces contractions à volonté. Or, il est une foule de cas où, en excitant des contractions énergiques de l'utérus, on met une barrière à l'effusion sanguine ; car, si ces contractions portent sur les muscles de l'organe, elles portent aussi bien sur les *vasa vasorum* qui le sillonnent si abondamment ; et cette pression contractile est une puissante barrière à la sortie du sang des vaisseaux ; elle facilite la formation de petits caillots obturateurs.

En un mot, il faut savoir, suivant les cas et les circonstances, mettre à profit tous les moyens que la science nous fournit. Mais, en matière de métrorrhagies chroniques ou liées à des maladies chroniques de l'utérus, il faut se garder des illusions ; il faut poser le diagnostic avec précision et, une fois connue la source de l'hémorrhagie, l'attaquer hardiment, carrément, avec les moyens les plus sûrs. Pour nous, le moyen le plus sûr, nous l'avons dit, c'est le fer rouge, le cautère actuel encore

trop peu apprécié ou trop peu mis en œuvre par ceux qui ont la prétention de faire marcher la science.

Nous nous trouvons justement à ce moment en présence d'un cas où nous voudrions pouvoir employer le fer rouge pour triompher d'hémorrhagies que nous avons beaucoup de peine à maîtriser et qui se produisent à chaque époque menstruelle.

Obs. LXXIII.

Ménorrhagie liée a une hypertrophie fibroïde de la lèvre postérieure du col effacé et de partie du globe utérin datant de plusieurs années.

On peut lire, aux pages 139 et suivantes, cette très-remarquable observation de subversion complète de l'utérus avec adhérences indestructibles. La malade qui en est le sujet est, depuis plus de trois ans, affectée de ménorrhagies qui sont parfois très-compromettantes par leur durée et leur abondance.

On peut voir que le médecin traitant à dû appeler une fois à son aide M. Verneuil.

Depuis six mois qu'elle est sous ma direction, j'ai été obligé d'intervenir, à chaque époque, pour modérer ou arrêter l'effusion du sang, n'ayant pu faire mieux, jusqu'à présent, c'est-à-dire n'ayant pu détruire la cause. Je mets tout à contribution pour arrêter l'hémorrhagie, depuis la compression de l'aorte abdominale jusqu'au tamponnement ; depuis la réfrigération jusqu'aux injections au perchlorure de fer ; enfin, depuis l'ergot jusqu'à la digitale à l'intérieur ; c'est à grand'peine que j'y arrive. La situation de l'utérus, sa direction qui fait que le museau de tanche et par conséquent la cavité utérine ne peuvent être atteints par le fer rouge pas plus que par d'autres instruments, sont les motifs, jusqu'à présent, de mon impuissance à faire disparaître la cause. En attendant, la malade s'épuise. C'est là une preuve irréfragable de l'impuissance de tous les moyens pour mettre un terme définitif à ces grandes pertes de sang.

Si, ce que j'espère obtenir à force de patience et de manœuvres réitérées, j'arrive à amener le museau de tanche dans une position qui permette l'introduction de fers rouges, je triompherai définitivement parce qu'il ne s'agit pas de tumeur de mauvaise nature. Mais, en attendant, il faut me contenter de combattre à chaque époque menstruelle, et quelquefois avec les plus grandes difficultés, ces pertes immodérées de sang. Tumeur fibroïde, col effacé et constamment ouvert par cela même, presque impossibilité de contraction de la part de l'utérus à cause de sa déformation et de sa position vicieuse, voilà les causes principales de ces hémorrhagies.

Obs. LXXIV.

Métrorrhagie rebelle entretenue par une tumeur située dans le fond de l'utérus ; guérison par le fer rouge porté dans la cavité utérine.

En 1848, Dieulafoy, de Toulouse, l'oncle, je crois, de mon confrère de Paris, était arrivé, après dilatation préalable du col, à détruire en trois ou quatre séances, au moyen de fers rouges, une tumeur située dans le fond de l'utérus qui donnait lieu à des pertes de sang incessantes. Dans une consultation avec trois autres confrères, il avait émis cette opinion, qui fut d'abord repoussée puis acceptée. Finalement, ces trois médecins purent s'assurer du plein succès obtenu par Dieulafoy, après avoir assisté à chaque séance, et, deux ans après il n'y avait pas eu récidive.

J'ai, pour mon compte, fait fréquemment les mêmes applications et je dois rapporter avec détails plusieurs cas, deux entre autres, où j'ai triomphé complétement et sans avoir dilaté préalablement le col. Ces cas ne le cèdent en rien, sous le rapport de la gravité et des circonstances, à celui de Dieulafoy.

Obs. LXXV.

Métrorrhagie chronique continue, ayant résisté a tous les moyens ; enrayée d'abord par le fer rouge porté dans la cavité utérine ; récidive ; guérison radicale ensuite par le même procédé mieux appliqué.

Mme Co..., rue Dulong, à Batignolles, 32 ans, mariée depuis douze ans, n'a jamais eu d'enfant. Femme brune, impressionnable, nerveuse, elle était depuis longtemps sujette à la dysménorrhée et à toutes ses conséquences. Depuis deux ou trois ans elle perdait beaucoup de sang à chaque époque. En 1859, les pertes se prolongeaient de plus en plus, envers et contre tous les traitements. Le sang finit par couler jusqu'à un mois durant, et à revenir, en dehors des règles, d'une façon continue. Toutes les explorations utérines n'avaient rien décélé d'anormal quant au volume du globe et du col, et à leur sensibilité. Les annexes ne paraissaient pas être en souffrance non plus. Il y avait seulement une certaine étroitesse du col qui rendait compte de la dysménorrhée. Mais rien, pas même le moindre symptôme de métrite interne, ne rendait compte de l'hémorrhagie qui prenait de très-grandes proportions sous le rapport de la durée.

La malade se trouvant épuisée, Velpeau fut appelé en consultation.

Après examen, et voulant apporter une certaine précision dans le diagnostic, il finit par admettre la présence de quelque petite tumeur dans la cavité utérine, présence qui n'était justifiée que par voie d'induction. En conséquence, il fut d'avis qu'il fallait, préalablement, dilater le col et porter dans la cavité utérine la pâte de conquin.

Dilater un col rétréci pour porter, à demeure, un morceau de pâte de canquin dans la cavité du globe, me parut, outre les grandes difficultés à vaincre, une aventure plus périlleuse qu'efficace. Je m'insurgeai contre ce précepte, et j'eus recours aux cautères actuels, à tige cylindique appropriée. Je fis donc à deux reprises différentes, en quelques jours, deux applications de tiges au rouge brun ; d'abord d'une tige fine, après m'être rendu compte de la rectitude du canal cervical, puis d'une tige plus grosse.

L'hémorrhagie fut arrêtée, et, pendant six à huit mois, la malade se crut complétement guérie. Ce fut au moins autant de répit, qui lui permit de récupérer ses forces, et pendant lequel les accidents dysménorrhéiques s'étaient amendés.

En avril 1860, les mêmes pertes de sang reparaissent avec la même ténacité et la même persistance. Pendant deux mois, j'oppose à ces pertes le tamponnement en cerf-volant, en ayant soin d'imbiber le premier tampon de perchlorure de fer à 30°. Ce tamponnement, employé quatre fois, ne donne pour résultat qu'un arrêt temporaire de l'hémorrhagie, et suscite une irradiation très-douloureuse, qu'il faut calmer par les applications de glace sur le ventre. La digitale, le sulfate de quinine, le ratanhia, l'eau de Rabel, l'eau de Léchelle avaient été administrés infructueusement à l'intérieur. Le sang coulait toujours. La malade ne voulait plus de l'introduction du fer rouge dans la cavité utérine.

Je finis par vaincre sa répugnance. De nouvelles cautérisations eurent lieu d'abord avec une tige de la grosseur d'une aiguille de bas à tricoter, pour obtenir une escarrification de tout le canal cervical, puis avec quatre tiges cylindriques de plus en plus fortes. Une fois la voie largement ouverte, je pus, à quelques jours d'intervalle, porter une tige un peu plus forte dans la cavité utérine, en décrivant un moulinet quand l'extrémité avait pénétré dans l'intérieur. Cette cautérisation fut ainsi faite à trois reprises. La glace était appliquée sur le bas-ventre. Il n'y eut aucun accident. La malade fut débarrassée de sa métrorrhagie. Elle se présentait à Velpeau en 1861, et lui racontait le procédé que j'avais employé. Mme C... était si bien guérie que, deux ans après, elle voulait se remarier. Elle avait perdu son mari depuis un an. Voulant savoir si elle ne courait aucun danger pour ce second mariage, elle me consultait ; je constatai la persistance de sa guérison, qui s'est toujours maintenue depuis.

Obs. LXXVI.

PERTES DE SANG CONTINUES PENDANT SIX MOIS CHEZ UNE DAME DE 40 ANS ; DOULEURS SACRO-LOMBAIRE ET SACRO-ILIAQUE GAUCHE ; ANÉMIE PROFONDE ; TOUS LES MOYENS RESTANT SANS RÉSULTAT, CAUTÈRES A TIGES CYLINDRIQUES, AU ROUGE CERISE, PORTÉS DANS LA CAVITÉ UTÉRINE ; GUÉRISON RADICALE.

Mme Mel..., 4, rue Saint-Jean, à Suresnes, 40 ans, d'une vigoureuse

constitution, a eu plusieurs enfants et une fausse couche entre ses deux dernières grossesses. La dernière couche, qui a eu lieu pendant le siége, s'est distinguée par une hémorrhagie post-puerpérale.

Mme Mel... a nourri le dernier enfant jusqu'à dix-huit mois. Elle l'a sevré parce que ses règles avaient reparu. Ces règles se sont prolongées quinze jours, et ont été marquées par des douleurs occupant toute la région sacro-lombaire et la fosse iliaque gauche. Trois semaines après la cessation des règles, le sang a reparu. Cette nouvelle menstruation, très-abondante pendant quinze jours, s'est terminée par un léger suintement sanguin qui dure depuis six mois. L'écoulement a été tellement continu depuis ce moment que Mme Mel... soupçonne le retour des règles à l'abondance du sang, qui revient périodiquement tous les quinze à vingt jours. Depuis six mois elle garde à peu près constamment le lit, car il semble que, quand elle se lève, le sang coule en plus grande quantité.

Elle a reçu des soins assidus d'un confrère de Suresnes ou de Courbevoie, sans que sa position se soit améliorée un seul instant. Comme le mari était en voyage en Russie depuis cinq mois, elle n'a jamais pensé à recourir à d'autres lumières. C'est à son retour de Russie que le mari, trouvant sa femme exsangue, est venu me prier d'aller la voir.

Le 10 du mois de juin 1873, premier examen : face bouffie, pâle; vomissements fréquents, perte complète d'appétit; bruit de souffle carotidien et au premier temps; pouls petit, déprimé et fréquent, à 90 : fréquentes palpitations au moindre mouvement, bruissement des oreilles, vertiges, insomnie, caractère attristé, état nerveux prédominant : névralgies frontales ou fronto-pariétales fréquentes, douleur dans la fosse iliaque gauche s'irradiant au membre pelvien du même côté, à forme névralgique, s'exaspérant tous les soirs.

La pression sur la fosse iliaque n'exaspère pas notablement la douleur, et les divers mouvements du membre correspondant, sur le bassin, ne l'influencent pas davantage.

Le toucher vaginal permet de constater que le col est lisse, uni, sans chaleur anormale, sans altération de texture. En remontant jusqu'au cul-de-sac gauche et pressant sur la partie gauche du globe utérin, tandis que la main droite presse en sens contraire dans la fosse iliaque, la malade accuse une sensibilité exagérée.

A l'examen au spéculum, après avoir déblayé la cavité vaginale de quelques caillots sanguins, même constatation de l'état du col. Je vois sourdre lentement, par l'ouverture du museau de tanche, un filet extrêmement fin de sang rosé qui vient s'étaler dans le spéculum. Ce sang sort probablement de la cavité utérine.

A ce moment, je me demande quelle peut bien être la cause matérielle de cet écoulement sanguin qui continue depuis près de six mois et qui a réduit la malade en un si pitoyable état. Est-ce une petite tumeur située dans la cavité utérine, un fongus? L'examen le plus assidu ne m'a pas per-

mis de constater une déformation du globe utérin, ni une augmentation de volume. J'écarte donc cette supposition. Est-ce une inflammation chronique de la trompe, de la frange gauche ou quelque autre lésion chronique de ces parties? La douleur persistante de la fosse iliaque gauche, avec irradiation sur le membre pelvien du même côté et dans la région sacro-lombaire, me fait admettre cette dernière supposition.

Je pratique le tamponnement avec de l'agaric imbibé de perchlorure de fer dans le vagin et appliqué sur l'ouverture du col. Glace sur le ventre en permanence. Vin de Madère. Potions à l'ergotine à 2 grammes.

L'écoulement sanguin s'arrête deux jours, pour reparaître ensuite : vésicatoire sur la fosse iliaque gauche, continuation de la glace sur le bas-ventre. Au bout de quinze jours, rien n'est changé, et, cependant, on a pratiqué des injections vaginales au perchlorure de fer dilué.

En présence de cette persistance de l'hémorrhagie, je me décide à porter le fer rouge dans la cavité utérine.

Le 25 juin, avec l'assistance du mari, je fais quatre applications de fer rouge. C'est d'abord une tige cylindrique, deux fois grosse comme une aiguille à tricoter, qui enfile le canal jusque dans la cavité utérine. Une fois le trajet parcouru, une tige de volume double est portée, aussi avant que possible, dans la cavité, en pressant à gauche ; puis, une troisième et quatrième tiges, de plus gros calibres, sont successivement portées dans la cavité où j'ai soin d'exécuter des mouvements de rotation pour cautériser partout.

Des douleurs vives, profondes, retentissant dans tout le petit bassin, et, notamment à gauche, succèdent à ces applications ; glace sur le ventre nuit et jour; 3 grammes de chloral et une pilule d'extrait thébaïque à 5 centigrammes, qui procurent un sommeil de six heures.

Le lendemain, 26, douleurs moins intenses, mais encore un peu vives. Continuation de la glace, 20 grammes d'huile de ricin, 3 grammes de chloral et une pilule d'extrait thébaïque pour le soir. La nuit est très-calme et la malade dort bien.

Le 27, le sang n'a pas reparu, la douleur a cessé ; mais il y a anorexie, envies de vomir, dégoût des aliments. Glace à l'intérieur, glace sur le ventre, vin de Madère, bouillon glacé.

Le 28, réveil de la douleur, la veille, à cinq heures du soir ; cette fois sous forme névralgique, s'étendant à tout le côté gauche, et déterminant une hémicranie gauche. La névralgie a cessé dans la matinée. Le sang ne reparaît pas. Suppression de la glace sur le ventre ; 80 centigrammes de sulfate de quinine. Une pilule d'opium pour la nuit, bouillon glacé et vin de Madère.

Bref, pendant dix jours, l'usage du sulfate de quinine, à doses décroissantes, a été suivi de la disparition de la névropathie intermittente. L'hémorrhagie est définitivement arrêtée. La malade peut s'alimenter un peu et les digestions se font passablement. Un mois après l'opération, les ré-

gles apparaissent pour durer cinq jours. Le rétablissement de Mme Mel... s'est opéré graduellement. Les règles sont revenues régulièrement à époques fixes, et l'hémorrhagie a été définitivement domptée.

J'ai pu revoir cette dame trois ans de suite, et sa santé est restée florissante, malgré ses appréhensions continuelles pour une hémorrhagie qui l'a si puissamment impressionnée.

Je n'ai pas de commentaires à faire sur ce fait, qui reste avec ses conséquences brutales, et je ne veux point chercher à expliquer pourquoi ni comment le fer rouge a pu dompter cette hémorrhagie rebelle si longtemps à tous les moyens usités.

La seule conclusion que je puisse réellement tirer, c'est que l'introduction des fers rouges dans la cavité utérine, pour déterminer quelques vives douleurs, n'est point compromettante pour les malades, comme on peut le voir, et, qu'en tous cas, il faut bien admettre qu'ici le feu a atteint les parties lésées et a détruit les causes de l'hémorrhagie.

Obs. LXXVII.

MÉTRORRHAGIE PERSISTANTE, CONSÉCUTIVE A UNE TUMÉFACTION HYPERTROPHIQUE DU COL ET DE LA MUQUEUSE DE REVÊTEMENT ; INSUFFISANCE DE TOUS LES MOYENS EMPLOYÉS ; GUÉRISON PAR LE CAUTÈRE ACTUEL.

En 1867, j'avais, sur la prière d'un confrère, enlevé à une concierge de l'avenue d'Eylau un énorme polype fibreux implanté sur la partie postérieure de la cavité cervicale immédiatement au-dessous de l'ouverture cervicale interne. — Trois ans après, en avril 1870, j'étais appelé à l'avenue de l'Impératrice pour la même femme qui éprouvait de grandes pertes de sang qui l'avaient profondément affaiblie, qu'aucun moyen n'avait pu maîtriser. Concierge de l'hôtel où j'étais appelé, cette femme ne pouvait plus faire son service et gardait le lit depuis un mois.

Après avoir reconnu une tuméfaction hypertrophique s'étendant à toute la cavité cervicale et affectant plus particulièrement la face postérieure jusqu'à l'ouverture cervicale interne et la lèvre antérieure, je remis l'opération au lendemain.

Avec une tige cylindrique au rouge-cerise, je labourai d'abord la face

postérieure du conduit cervical, en appuyant fortement la main, et tout le conduit jusqu'au-dessus de l'ouverture cervicale interne. Un cautère à roseau fut ensuite poussé jusqu'à la même hauteur.

Avec le cautère demi-olivaire, la courbe portant sur la face postérieure interne, une troisième cautérisation fut faite en vue de détruire la tuméfaction hypertrophique ; un fort cautère olivaire fut introduit ensuite jusqu'à moitié de la longueur du conduit ; enfin un marteau fort fut appliqué sur le museau de tanche pour réduire les deux lèvres.

Cette opération suffit pleinement à vaincre irrévocablement cette hémorrhagie rebelle et persistante.

Cette femme, que je revois quelquefois, se porte maintenant très-bien et n'a jamais éprouvé de recrudescence d'hémorrhagie ; elle a aujourd'hui 55 ans. Lors de l'opération, la ménopause était établie depuis deux ans.

Obs. LXXVIII.

MÉTRORRHAGIE INCOERCIBLE DE DEUX MOIS DE DURÉE, AVEC QUELQUES JOURS DE RÉPIT ; INSUCCÈS DE TOUS LES MOYENS EMPLOYÉS ; GUÉRISON PAR LE CAUTÈRE ACTUEL.

Mme F..., femme d'un marchand de ferraille, rue Lappe, à la Bastille, bien constituée, 41 ans et toujours bien portante jusque-là, est prise d'une perte de sang arrivant à l'époque menstruelle et qui dure quinze jours. Elle ne s'en inquiète pas, reprend ses travaux et n'éprouve aucun accident. A l'époque menstruelle suivante, même répétition ; mais cette fois, au bout de quinze jours, le sang continue à couler. La malade se trouve un peu affaiblie. Son médecin est appelé. Celui-ci, considérant ces pertes comme un acheminement à la ménopause, prescrit quelques médicaments appropriés et fait exécuter des injections au perchlorure de fer. L'écoulement sanguin ne s'arrête cette fois que le 26e jour, pour être remplacé par un écoulement puriforme. Mme F... était persuadée qu'il s'agissait de son retour d'âge. A peine y avait-il une dizaine de jours que le sang avait cessé de couler, qu'une nouvelle perte commence avec intensité. On parvint encore à l'arrêter au bout de trois semaines ; mais, six jours après l'arrêt, l'hémorrhagie recommence. La malade est très-affaiblie ; recours au tamponnement, aux injections au perchlorure de fer, à la réfrigération sur le ventre. L'hémorrhagie s'arrête deux, trois jours, et recommence de plus belle.

La famille inquiète de cette situation, et la malade se trouvant très-affaiblie, ne sortant plus de son lit depuis un mois, je suis appelé. Le mari m'a raconté sommairement cette histoire, en venant me demander. Ceci se passait au mois d'août 1868. Je vois la malade le 18 ; je me suis muni de divers cautères actuels. Le sang coule en abondance, malgré le tamponnement qui, du reste, était assez mal exécuté. A l'examen au spéculum, je puis constater que les lèvres sont tuméfiées, couvertes de granulations framboisées. La muqueuse de l'ouverture cervicale externe est tuméfiée

aussi, d'un rouge vif, couverte également de granulations framboisées, avec quelques excoriations qui semblent se poursuivre dans le conduit cervical dont l'orifice est largement béant.

Le spéculum retiré et l'indicateur porté sur l'orifice, je puis le faire avancer jusqu'à l'ouverture cervicale interne, qu'il dépasse même. Ce doigt perçoit tout le long du parcours des petites élevures, de grosses granulations probablement, et une mollesse notable de la muqueuse de revêtement, qui paraît céder facilement à la pression et se laisser déchirer. Je crois pouvoir diagnostiquer une métrite interne chronique, avec bourgeonnement et ramollissement de la muqueuse, ce qui me paraît la cause immédiate de cette hémorrhagie incoercible.

Cependant cette femme raconte qu'elle se portait bien avant ses pertes. Comment admettre une métrite interne avec pareille assertion ! Mais après plusieurs questions pressantes, elle finit par avouer que, depuis assez longtemps, elle éprouvait des douleurs sourdes dans le bas-ventre ; qu'elle avait quelques fleurs blanches, mais que tout cela ne l'empêchait pas de travailler. C'est une Auvergnate, et ces femmes sont aussi dures à la souffrance qu'âpres au gain. — En explorant l'utérus au pourtour, par le vagin, je crois développer un peu de sensibilité à la pression ; cet organe me semble être plus chaud qu'à l'état normal et un peu augmenté de volume.

Avec des cautères cylindriques de diamètres divers et chauffés au rouge-cerise, l'action du feu est portée sur le conduit cervical et dépasse l'ouverture interne ; puis, avec des cautères à roseau, olivaires, au même degré de chaleur, l'escarrification est plus profondément faite dans le conduit cervical dont le diamètre se trouve ainsi agrandi. La cavité utérine est alors elle-même escarrifiée avec les cylindres qui exécutent des mouvements de rotation. Enfin, avec un marteau fort, tout le museau de tanche est cautérisé à son tour. Un linge imbibé d'huile est porté sur les surfaces escarrifiées à travers le spéculum, et de la glace est appliquée sur le ventre, pour être renouvelée nuit et jour pendant quatre jours. Des injections de lavage à l'eau de son devront être faites deux à trois fois par jour jusqu'à guérison.

L'hémorrhagie était dissipée sans retour. Cette malade reprenait ses travaux habituels quarante jours après.

Depuis cette époque, bien éloignée, Mme F... s'est toujours bien portée et a traversé sa période critique sans accident.

Je la revois quelquefois, au moins deux fois par an; elle est robuste et d'une santé irréprochable.

Il est certain que dans ce cas, comme dans tout autre semblable, les caustiques portés dans le conduit cervical et dans la cavité utérine soit en badigeonnages, soit en injections, répétés assez souvent et à distance, au-

raient triomphé de l'hémorrhagie comme nous l'avons fait avec le cautère actuel. Mais il est certain également qu'il aurait fallu des manœuvres plus souvent répétées, d'abord ; qu'il aurait fallu probablement dilater le conduit cervical ; et, en admettant le plein succès probable, il aurait fallu exiger de la malade un repos absolu, prolongé, qui déjà ne l'était que trop pour elle. Ensuite, dirons-nous toute notre pensée? nous ne croyons pas, franchement, que le succès fût aussi assuré qu'avec le fer rouge. Or, à parité d'action, s'il était possible de l'admettre, les inconvénients des injections ou badigeonnages infiniment supérieurs à ceux du fer rouge; la longueur du traitement, tout au désavantage des premiers, et la nécessité d'en finir au plus vite avec des malades épuisées et impatientes, comme celle dont il est question, tout cela constitue une somme de motifs qui décident vite du choix du procédé à employer. Pour notre compte, en pareille occurrence, notre choix sera toujours et de suite fait : c'est au cautère actuel que nous aurons recours.

Il y a eu peu d'exemples aussi frappants de l'excellence des résultats fournis par l'application du cautère actuel contre les métrorrhagies rebelles et menaçantes. Cette action, que l'on constate quand on se sert de cautère pour une hémorrhagie externe due à une lésion de capillaires artériels ou veineux dont la situation rend les autres moyens impuissants, ou même de quelque artère située dans une plaie où elle devient inaccessible, se montre ici avec toute sa puissance, et non-seulement le feu arrête ici l'hémorrhagie en s'attaquant aux tissus lésés qui la fournissent et l'entretiennent, mais il devient encore le meilleur moyen pour triompher de la métrite chronique interne. Aux tissus morbides qu'il détruit succède une rénovation, une poussée de tissu de reproduc-

tion qui transforme les surfaces. Si nous n'avions montré dans le cours de cet ouvrage, et surtout à propos des déviations où la phlegmasie catarrhale chronique, avec toutes ses conséquences, est si fréquente, et où l'opération de redressement au moyen des ténotomes incandescents et la cautérisation de la cavité cervico-utérine font disparaître sans retour cette phlegmasie et ses résultats, nous nous étendrions avec une certaine complaisance sur les bons effets du fer rouge pour guérir certaines maladies chroniques et rebelles de l'utérus. Mais nous n'avons, dans ce chapitre qu'à démontrer qu'il est, en définitive, dans les hémorrhagies graves, incoercibles, symptomatiques des lésions de l'organe, l'*ultima ratio* qu'on puisse employer pour en triompher à coup sûr, et cela se démontre surtout par la production d'observations cliniques telles que celle-ci.

Obs. LXXIX.

MÉTRORRAGIE VIOLENTE ET CONTINUE MAITRISÉE PAR LE FER ROUGE QUAND TOUS LES AUTRES MOYENS RESTENT IMPUISSANTS.

En 1862, le docteur Dumollin, de Levallois, m'appelait pour une dame atteinte d'hémorrhagie utérine, récidivée un grand nombre de fois depuis six mois, passée à l'état de continuité malgré les traitements employés, et compromettant la vie de la malade.

Le sujet de l'observation, Mme Sch..., était une femme fortement constituée d'origine, remarquablement proportionnée dans sa conformation et défiant tout soupçon d'entachement héréditaire ou acquis. Malgré les pertes utérines nombreuses qu'elle avait subies; malgré les douleurs vives, continues, exacerbées à certaines heures, qu'elle éprouvait et les insomnies occasionnées par ces douleurs, cette malade n'offrait pas de traces sensibles d'amaigrissement à notre première visite, le 16 août 1867. Seulement, elle avait des palpitations, de l'essoufflement, ne pouvait supporter d'être levée longtemps, et de marcher un peu. Elle était anémiée ; tous les organes, cœur compris, étaient en bon état. L'utérus seul était en souffrance, et une constipation prononcée était dépendante des altérations pathologiques de l'utérus, Le sang coulait si abondamment et si facilement, malgré le tamponnement permanent et l'emploi de perchlorure de fer, qu'elle n'osait

bouger, et, grâce à ce repos absolu au lit, elle pouvait passer quelques heures sans perdre de sang.

Notre premier examen fut difficile, car, après avoir débarrassé le vagin du tamponnement, puis des caillots de sang accumulés, le sang coula de suite abondamment. Il nous fut à peine possible de constater, avec le doigt, des grappes de tissu fongoïdes qui faisaient saillie à l'orifice du col utérin.

Nous avions un réchaud allumé et une série de fers à cautérisation de formes variées qui chauffaient durant l'examen.

Après l'introduction du spéculum, le sang jaillit avec une telle force qu'il nous fallut dix minutes pour éponger et pouvoir discerner à l'œil ces grappes saillantes au méat largement dilaté.

Après avoir retiré le spéculum, j'enlevai d'abord avec les doigts, puis avec de larges pinces formant curettes, une masse de ce tissu fongoïde jusqu'à ce que la cavité cervicale fût libre. Alors, introduisant à nouveau le spéculum, après avoir abstergé soigneusement, je cautérisai avec des fers au rouge brun ; d'abord avec deux cautères cylindriques, puis avec deux cautères olivaires ; ensuite, avec une tige portée à plusieurs reprises dans la cavité utérine, et enfin avec un fort cautère-marteau qui escarrifia tout le museau de tanche.

Nous étions maîtres de l'hémorrhagie. De la glace fut appliquée sur le ventre, et le traitement général fut poursuivi.

La malade resta un mois et demi sans hémorrhagie nouvelle; mais elle éprouva toujours les mêmes douleurs, pour lesquelles des doses répétées de morphine lui étaient administrées. Au bout de ce temps, l'hémorrhagie s'étant reproduite par suite de la repullulation des mêmes tissus fongueux (encéphaloïde), les mêmes applications de cautères actuels en triomphèrent.

Définitivement il nous fallut revenir encore cinq fois aux mêmes applications durant les huit mois que survécut cette madade, et, chaque fois, nous fûmes absolument maîtres du sang.

Avant l'avant-dernière application des fers rouges, le docteur Dumollin et moi, nous voulûmes essayer l'introduction de bourdonnets de charpie imbibés de perchlorure de fer à 30° dans le canal cervical.

Les douleurs furent tellement violentes, tellement suivies de vomissements continus et de prostration, qu'il fallut les retirer et recourir encore au fer rouge, qui ne déterminait pas de nouvelle douleur saillante et apaisait, momentanément, les autres en arrêtant l'effusion du sang.

Finalement, cette femme succomba à son affection cancéreuse ; mais on eut la satisfaction de toujours maîtriser l'hémorrhagie qui menaçait de la faire périr brusquement.

Obs. LXXX.

Ménorrhagie pendant plusieurs mois, puis métrorrhagie incoercible liée a un cancer du col.

Mme X..., femme d'un magistrat, 31 ans, dont le père était mort, deux ans avant, d'une affection cancéreuse, éprouvait, en 1864, de vraies pertes à chaque époque. Elle dissimulait ses souffrances et prétendait n'en éprouver aucune, quoique ses pertes se prolongeassent dix à douze jours. Cela durait depuis six mois, à son dire. Sans consulter de médecin, elle va passer une saison à Saint-Servan, prendre des bains de mer, espérant s'en trouver bien. Mais les bains de mer suscitèrent une métrorrhagie telle, qu'elle n'eut pas moins de vingt jours de durée. Je conseillai à la mère de Mme X... de la faire revenir et de l'engager à se faire examiner, ce dont elle n'avait jamais voulu entendre parler.

En effet, Mme X... rentra à Paris le 20 août. Elle accusait alors des souffrances vives dans tout le bassin et dans les cuisses. Elle était pâlie et ses nuits se passaient dans l'insomnie. Le sang coulait encore à sa rentrée à Paris.

A l'examen avec l'indicateur, puis au spéculum, je constate que le col est déchiqueté, avec dentelures irrégulières ; que la lèvre postérieure est presque détruite ; qu'une induration très-prononcée existe sur la lèvre antérieure ulcérée et qui tend à gagner vers le ligament utéro-vésical et le col même de la vessie. Il y a déjà de grandes souffrances pour uriner et pour les garde-robe. C'est un cancer du col. Pendant trois mois, je suis obligé de combattre les hémorrhagies incessantes par tous les moyens, et de calmer les douleurs par la morphine.

Fin novembre, envers et contre tout, tamponnement en cerf-volant avec perchlorure de fer, injections au perchlorure de fer, cautérisation avec l'acide nitrique, l'acide cromique, etc., etc. Le sang coulait toujours, coulait sans cesse. Velpeau fut appelé. Mme X... était exsangue, et il y avait à craindre de la voir périr d'hémorrhagie.

Il fut décidé qu'on détruirait avec le fer rouge toutes les surfaces saignantes, et que, sur la lèvre antérieure indurée, on emporterait les tissus dans certaines limites. J'exécutai l'opération le lendemain, en présence de Velpeau. Nous fûmes maîtres du sang. Pendant six mois que la malade survécut, il n'y eut plus d'hémorrhagie à proprement parler. De temps en temps il apparaissait un peu de sang, que le perchlorure de fer en tamponnement ou en injections arrêtait toujours. Par contre, les douleurs devinrent de plus en plus accusées et persistantes, et il fallut des doses considérables de morphine, soit par la bouche, soit en injections hypodermiques pour les calmer et procurer un peu de sommeil à la malade. De plus, dans le dernier mois de son existence, il fallut exercer le cathétérisme vésical trois fois par jour ; et, tout à fait en dernier lieu, laisser une

sonde à demeure dans la vessie pour adoucir les douleurs atroces que causaient la miction et les envies continuelles d'uriner. Le cancer s'était étendu à la vessie.

Obs. LXXXI.

Métrorrhagie incoercible déterminée par une tumeur de mauvaise nature, située dans le fond de la cavité utérine en arrière, et déterminant des douleurs diurnes et nocturnes intolérables.

Mme Cli..., rue Monier, âgée de 51 ans, arrivée depuis sept ans à la ménopause, d'une belle constitution apparente et un peu obèse, souffrait depuis longtemps de douleurs dans le siége et dans toute la région hypogastrique. Elle avait été à Bruxelles se soumettre aux soins d'un de nos confrères en renom. Au bout d'un mois de traitement, il survint une métrorrhagie avec exacerbation considérable des mêmes douleurs. On maîtrisa l'hémorrhagie après une dizaine de jours, et on pratiqua, trois fois par jour, des injections de morphine pour assoupir les douleurs et procurer du sommeil à la malade. L'hémorrhagie reparut bientôt ; le tamponnement, les injectious au perchlorure ne firent que donner quelques moments de répit, le sang coulant après, malgré le tamponnement et le perchlorure de fer.

Mme Cli.... revint alors à Paris, où l'une de ses filles lui pratiquait des injections hypodermiques de morphine et des injections vaginales au perchlorure de fer. La malade était profondément détériorée ; elle ne parvint à avoir un peu de calme que sous l'influence de la morphine ; mais le sang coulait toujours.

Elle se mit dans les mains de Demarquay dans l'espoir qu'il arrêterait les pertes de sang, et, par suite, qu'il calmerait les douleurs ; car, pour elle, la perte de sang semblait un aiguillon, un appel à une surexcitation de ces douleurs.

Un mois durant, Demarquay lui prodigua ses soins ; il cautérisa le col au fer rouge sans obtenir aucun succès. Le sang s'arrêtait un jour pour revenir le lendemain.

Le 16 juin 1874, je fus appelé à mon tour. Examen local au spéculum : le col est normal, lisse, uni, avec ouverture centrale de la grosseur d'un petit pois ; on voit sortir de cet orifice du sang rose qui suinte sans interruption. L'indicateur, introduit après le retrait du spéculum, perçoit une certaine induration du museau de tanche, plutôt diminué de volume et arrivé à la conicité chez une femme qui avait eu cinq enfants. Il n'y a aucune bride entre l'utérus et la vessie. A la face postérieure du globe, en pressant fortement en haut et d'arrière en avant, le doigt circonscrit une tuméfaction dure qui fait corps avec l'utérus et qui paraît du volume de la moitié d'une noix. La pression sur cette tumeur détermine des douleurs violentes. Dans tout le reste de son contour, le globe utérin, plutôt

atrophié qu'augmenté de volume, n'offre aucune irrégularité. Les douleurs du siége et du bassin se propagent aux deux membres pelviens, mais surtout à celui de droite. L'appétit est perdu ; les forces sont anéanties ; il y a insomnie complète, à moins qu'on ne narcotise la malade avec les injections hypodermiques de morphine, qu'elle refuse maintenant avec opiniâtreté.

Cautérisation du canal cervical avec trois tiges cylindriques du calibre d'abord d'une aiguille à tricoter, puis de celui d'une tringle à rideau, pour frayer une voie dans la cavité cervicale. Après cela, deux nouvelles tiges plus grosses, chauffées toujours au rouge cerise, sont poussées dans la cavité du globe, appuyant surtout en arrière. Finalement, avec un cautère à roseau et un cautère semi-olivaire, une cautérisation plus large, plus profonde, dirigée plus particulièrement sur la face postérieure de la cavité utérine, est opérée. De la glace sur le ventre, 3 grammes de chloral avec une pilule d'extrait thébaïque, à 5 centigrammes, sont prescrits pendant trois jours consécutifs. L'hémorrhagie est arrêtée définitivement, et, grâce au chloral continué ensuite tous les jours, cette malade va tellement bien pendant trois semaines qu'elle se croit guérie. Les douleurs reviennent ensuite de plus belle et nécessitent des injections hypodermiques de morphine, trois fois par jour. Elles vont ainsi pendant plusieurs mois jusqu'à l'affaissement complet de la malade et à sa mort. Mais l'hémorrhagie ne s'est plus reproduite. Deux fois, seulement, il y a eu apparition d'un peu de sang que des injections au perchlorure de fer ont arrêté presque instantanément.

Voici, maintenant, une observation qui démontre qu'on peut, avec le cautère actuel porté dans la cavité utérine, maîtriser pour longtemps une hémorrhagie liée, suivant probabilité, à une tumeur fibreuse du fond de la cavité sans avoir détruit cette tumeur, ou du moins en ne la détruisant qu'en partie ; car, après sept ans, j'ai pu débarrasser définitivement la malade d'un très-volumineux fibroïde pédiculisé dans le bas-fond de l'utérus.

Obs. LXXXII.

MÉNORRHAGIES JUSQU'A L'ÉPUISEMENT, ARRÊTÉES DÉFINITIVEMENT PAR LE FER ROUGE PORTÉ DANS LA CAVITÉ UTÉRINE.

En 1861, Mme Duf...., de New-York, venait à Paris, avec son mari et ses enfants pour se faire soigner pour des règles de dix à quinze jours de durée et plus, et qui l'avaient complétement épuisée. Elle était descendue à l'hôtel de l'Amirauté, rue Neuve-Saint-Augustin où, six ans plus tard

je l'ai débarrassée d'un fibroïde très-volumineux à large insertion dans le fond de l'utérus. (On retrouvera cette observation très-remarquable dans le chapitre consacré aux fibromes utérins.) Mme Duf... avait quelques douleurs plus ou moins violentes des reins et du bas-ventre avant les règles, puis le sang coulait en abondance pendant sept à huit jours, pour s'arrêter un peu et couler à nouveau un temps plus ou moins considérable. Elle avait été soignée en Amérique, depuis un an, par plusieurs confrères sans aucun succès. A l'examen direct, je ne pus rien découvrir, sinon que le globe paraissait un peu plus volumineux qu'à l'état normal, surtout dans son segment postérieur.

L'exploration avec le doigt ayant lieu pendant la menstruation, l'indicateur peut s'engager dans le conduit cervical, le parcourir dans toute son étendue et même franchir l'ouverture interne sans rien découvrir d'anormal. Cependant, comme il n'y avait aucun signe de métrite interne, ni d'ovarite, je conclus, même après l'exploration avec le doigt, qu'il devait y avoir dans la cavité utérine quelque petite tumeur inaccessible qui était cause de ces pertes de sang. Je portai donc, après la disparition des règles (trois semaines après l'examen), plusieurs cautères cylindriques, d'autres légèrement olivaires, et enfin le cautère quadrangulaire en truelle dans la cavité utérine.

Cette petite opération eut un plein succès. Mme Duf... fut débarrassée de ses hémorrhagies pendant les trois mois qu'elle séjourna à Paris et pendant un an, je crois, à New-York. Elle reprit des forces. Elle n'était cependant pas guérie complétement, puisqu'on la retrouvera, comme je l'ai dit, dans une observation fort détaillée au sujet de l'opération que je lui pratiquai six ans plus tard, au même hôtel de l'Amirauté, assisté du docteur Dalpiaz.

2° Pertes anormales autres que les pertes de sang.

Les pertes anormales, autres que les pertes de sang, sont les pertes séreuses, séro-muqueuses, séro-purulentes, muco-purulentes ou séro-sanguinolentes. Nous n'entendons parler, bien entendu, que de celles qui ont leur source dans l'utérus, qui sont liées à des maladies chroniques de cet organe, ou qui sont chroniques par date ou par évolution. Toutes ces pertes, dites pertes blanches, réclament les secours de l'art : 1° parce qu'elles finissent par entraîner un certain épuisement par le propre fait de leur abondance et de leur persistance; 2° parce qu'elles révèlent des désordres utérins, et qu'on

ne saurait les combattre victorieusement, si on ne triomphait de ces désordres primordiaux.

Comme exsudat de la cavité utérine proprement dite, la perte séreuse n'existe peut-être pas ; mais elle se manifeste quand il y a, dans la cavité de l'utérus, une masse hydatique, un fibroïde, un polype pédiculisé, etc. ; quand, par impossible, il s'établit une communication, soit directe, soit par le moyen de la trompe, entre une collection séreuse de l'ovaire ou péritonéale et la cavité utérine, et que cette collection se vide partiellement par cette cavité.

Les pertes séro-sanguines ont lieu plus particulièrement par suite de quelque polype, de quelque cancer ; dans la période congestive de la métrite interne subaiguë, moins souvent de la cervitite. Mais les pertes séro-purulentes, ou muco-purulentes, ou les pertes purement muqueuses sous forme de glaires plus ou moins limpides, se rencontrent fréquemment, très-fréquemment, parce qu'elles résultent de l'inflammation, à divers degrés et diverses périodes ; de la phlegmasie catarrhale cervicale ou de celle de la cavité utérine, qu'elle soit idiopathique ou symptômatique, et qu'elles sont enfin liées à beaucoup de lésions de la matrice.

Nous n'avons pas à nous occuper des pertes de diverses natures, dont nous avons parlé plus haut, par la raison bien simple que, la plupart du temps, il faut arriver à des opérations chirurgicales et faire disparaître les tumeurs, ou les altérations pathologiques qui les suscitent et les entretiennent. Nous abordons de suite, et franchement, celles qui résultent de la phlegmasie catarrhale chronique ou subaiguë, compliquée ou non de lésions de texture.

C'est ici, on peut le dire, que la médecine s'est évertuée et s'évertue tous les jours, pour triompher de ces acci-

dents si fréquents, qui frappent tant de femmes et les mettent dans une situation morbide difficile, sinon toujours grave.

Nous pourrions, à l'égard de ces pertes, comme à l'égard des pertes anormales de sang, classer, sous un nombre de chefs, les médications topiques, locales, employées concurremment avec les médications internes, générales. Celles-ci sont, dans ce cas, faciles à comprendre et à employer, car elles ont pour but de combattre certains vices de constitution prédominants, certaines diathèses, etc., etc., qu'en tous cas elles s'adressent à la reconstitution générale, comme je l'ai noté ailleurs, en parlant du traitement de la phlegmasie catarrhale concurremment ou préalablement à l'opération des déviations.

Mais je ne veux examiner ici, pour en faire une exacte critique, que les médications locales qui sont entre les mains de tous les médecins, depuis le plus haut placé jusqu'au plus humble, et qui sont monnaie courante dans la science. Encore je ne veux aborder, parmi elles, que celles qui sont le plus en vogue et qu'on se ferait un grave reproche de ne pas employer. Ces médications se classent sous trois chefs : 1° la médication styptique ou résolutive; 2° la médication substitutive, ou qui a la prétention de transformer le processus inflammatoire, de le faire passer à l'état aigu, pour que la résolution s'opère ensuite plus franchement; 3° et la médication escharotique, dont le but est de détruire les surfaces altérées pour qu'une membrane, ou surface de nouvelle formation, remplace la membrane ou surface altérée.

Les pertes blanches, en général, résultent, je n'ai pas besoin de le rappeler, de processus morbides variés ; elles peuvent découler de troubles fonctionnels ou

d'états morbides ayant leur siége soit à la vulve, au vagin, à la surface du museau de tanche ; soit, à la fois, à la vulve et à tout le vagin. Je laisse tout à fait de côté cette catégorie pour ne m'occuper que des pertes blanches ayant leur siége dans la cavité du corps de l'utérus, dans le conduit cervical ou dans les deux en même temps, et qu'on désigne ordinairement sous le terme de leucorrhée.

Donc, après le repos, toujours recommandé, et les médications internes et générales qu'on a l'habitude d'employer en présence de la leucorrhée, quelles sont les médications locales que l'on met en avant pour en triompher?

Je viens de dire qu'elles se réduisent à trois groupes qui ont des modes différents d'action. C'est au moyen d'injections, de badigeonnage, ou de transport de substances en nature dans le conduit cervical et la cavité utérine, qu'on poursuit généralement ces trois modes d'action. Je me suis, à propos des pertes anormales de sang de l'utérus, étendu trop longuement sur les avantages et les inconvénients de ces trois manières d'agir, pour que j'aie à y revenir, ici, à propos des pertes blanches.

Je dois faire une remarque très-importante cependant, à cette occasion, c'est que si ces trois manières peuvent avoir quelques inconvénients tout comme quand on les emploie contre les métrorrhagies, elles ont cependant, ici, le très-grand avantage qu'elles réussissent bien plus sûrement, et généralement ; à la condition qu'on les renouvelle aussi fréquemment qu'il est nécessaire, et qu'on prolonge leur usage aussi longtemps que le mal l'exige.

Je laisse aux injections de liquides astringents et plus ou moins strictifs, ainsi qu'au badigeonnage avec

ces mêmes liquides, toute l'importance qu'on veut bien leur accorder. Mais je fais observer que les manœuvres, pour les exécuter, ne sont peut-être pas toujours faciles pour les praticiens. Or, c'est pour eux surtout que nous avons la prétention d'écrire.

Je m'adresse et prends à partie ce qu'on dénomme vulgairement la cautérisation. Celle-ci, toujours facile, quand on s'attaque au museau de tanche ou à la partie accessible du conduit cervical, devient plus ardue quand il faut aller atteindre l'arrière de ce conduit, et, à plus forte raison, la cavité utérine.

Contre le catarrhe utérin chronique, et, par conséquent, contre cette leucorrhée tenace, rebelle, qui en est la conséquence, on emploie les acides nitrique, chromique, même le nitrate acide de mercure, en dilution plus ou moins concentrée, que ce soit en injection ou en badigeonnage. Ces moyens nous paraissent plus ou moins dangereux, parce qu'en définitive, c'est un peu en aveugle qu'on dirige leur action, et que, suivant leur degré de dilution, cette action pourrait dépasser de beaucoup les limites qu'on se propose. Quant au nitrate acide de mercure, par exemple, nous le proscririons volontiers d'une façon absolue, bien qu'on ait donné le conseil de le porter dans le conduit cervical, ou dans la cavité utérine, au moyen d'une baguette en verre.

Ce serait là, suivant nous, une folie, s'il n'était difficile de faire pénétrer dans la cavité utérine cette baguette chargée de liquide, qui doit être essuyée par les parois du conduit cervical dans son parcours. Mais, même appliquée à la cavité du col, une pareille cautérisation laisse à craindre, car on ne peut prévoir où s'étendra l'escarrification produite par ce caustique liquide et énormément actif.

Voici un fait qui le prouve surabondamment :

Obs. LXXXIII.

Application du nitrate acide de mercure dilué en vue de guérir un catarrhe utérin chronique ; accidents sérieux ; plus tard guérison par le cautère actuel.

Voici une jeune femme d'un restaurateur, âgée de 25 ans, qui, depuis sa dernière couche (2e), est atteinte, à ce qu'il paraît d'une phlegmasie catarrhale de l'utérus, passée à l'état chronique après avoir débuté par l'état subaigu.

Mme Po..., vigoureusement constituée, qui a nourri ses deux enfants, et qui, concurrement, a beaucoup travaillé dans sa maison tout en étant malade, a fini par se soumettre aux soins prescrits par son médecin. Après deux mois, et peut-être plus, de traitement, elle n'était guère plus avancée. Elle pressait, comme bien on le pense, notre confrère d'en finir au plus vite.

Celui-ci, pour triompher plus rapidement du catarrhe et de la leucorrhée, recourut au nitrate acide de mercure dilué dans je ne sais quelle proportion d'eau ; ceci avait lieu le 15 mars 1860, à 10 heures du matin. Ce serait, au dire de la malade, avec une baguette en verre que notre confrère aurait porté le liquide dans le conduit cervical, sinon dans la cavité utérine, qu'il avait l'intention d'atteindre.

A cinq heures du soir Mme Po... éprouvait, depuis la cautérisation, des douleurs atroces et qui semblaient aller toujours en augmentant. Elle vomissait tout ce qu'elle prenait ; elle avait eu, à quatre heures, un frisson suivi de réaction chaude. Tout le monde, mari et domestiques, l'entouraient en lui prodiguant des soins, mais perdant un peu la tête. Notre confrère, appelé à midi, s'était contenté de lui prescrire une potion calmante que la malade avait rejetée au fur et à mesure qu'elle la prenait.

Désespéré sur la position de sa femme, le mari m'envoie chercher. A ma visite je constate de la chaleur générale avec fréquence du pouls ; les vomissements continuent en ma présence. Le ventre est tellement sensible que c'est à peine si je puis obtenir de le palper. Il n'est encore point ballonné, mais la pression, même légère, suscite une augmentation des douleurs. Après avoir appris ce qui s'était passé, je reviens chez moi prendre un spéculum pour explorer l'utérus.

Cet examen est fait à la lumière. Tout le museau de tanche est recouvert de plaques blanches qui obstruent même l'ouverture cervicale externe ; en essuyant avec un linge fin, ces plaques résistent ; en retirant doucement le spéculum pour voir les culs-de-sac et les parois vaginales, je retrouve partout les mêmes plaques : ce m'est l'indice, qu'après la cautérisation, on n'a pas pris la précaution de poser sur l'ouverture cervicale un tampon

d'ouate, de charpie ou de linge, pour absorber le liquide qui viendrait à suinter, et empêcher ainsi les parois vaginales d'en être contaminées. Ces notions acquises, je prescris quinze sangsues sur le ventre, des irrigations vaginales continues à l'eau froide, de la glace sur le ventre après la chute des sangsues, de la glace à l'intérieur et quatre gouttes, quatre fois dans la nuit, d'une solution de 5 centigrammes de morphine dans trois grammes d'eau.

Quinze jours après tout était rentré dans l'ordre pour l'état général, et du côté du péritoine. Les escarres produites par le nitrate acide de mercure s'étant détachées, le museau de tanche était dénudé et à vif ; la même dénudation, un peu plus légère, avait lieu sur tous les points atteints du vagin par le liquide escarrotique, et ces points étaient étendus un peu dans toutes les directions. Il me fallut faire des pansements quotidiens avec des tampons de charpie, des mèches volumineuses et enduites de cérat, pour empêcher, durant la cicatrisation, les parois vaginales de se souder ensemble et d'amener par ces soudures une atrésie de partie ou de tout le vagin. Ce traitement ne dura pas moins d'un mois et demi, après quoi, la malade se retrouva encore avec sa leucorrhée par la persistance du catarrhe utérin : preuve que le caustique n'était pas, fort heureusement, arrivé jusque dans la cavité du globe.

Après avoir laissé reprendre des forces à Mme Po..., je pratiquai la cautérisation avec le cautère actuel avec des tiges cylindriques de plus en plus fortes ; et, après deux séances et des soins consécutifs pendant un mois, leucorrhée et catarrhe utérin avaient disparu.

Cette malade a eu, depuis lors, deux autres enfants ; elle est actuellement à la tête d'un établissement rue de Constantinople. Elle jouit toujours d'une excellente et robuste santé.

Le confrère qui donnait primitivement ses soins à cette malade est, sans contredit, un homme intelligent et éclairé. A quelle inadvertance a-t-il dû ces accidents ? En tout cas, cela prouve que le nitrate acide de mercure est un agent dangereux d'abord, et que la baguette en verre pour le porter dans la cavité utérine est, fort heureusement, un moyen défectueux et impropre à transmettre le liquide dans le fond de l'utérus ; car ce liquide, dans lequel on la trempe, est nécessairement essuyé par les parois du col dans son parcours.

On peut juger, d'après ce que nous avons déjà dit, d'après les observations que nous avons produites, de

l'innocuité du cautère actuel quand on sait lui donner les formes et les proportions convenables.

Il résulte de cette observation une preuve éclatante de cette innocuité, à côté de sa puissance d'action contre le catarrhe chronique et la leucorrhée consécutive, dont il a triomphé ici d'une façon si tranchée.

Au reste, dans nos nombreuses opérations de déviations utérines, nous avons pleinement démontré toute sa puissance contre cette phlegmasie catarrhale, qui les complique si fréquemment, soit à titre de cause, soit à titre d'effet. Il est certain que, dans quelques années et avec une observation de plus en plus éclairée, la chirurgie utérine sera partagée entre la galvano-caustique dans les cas où elle sera applicable, et la chirurgie ignée proprement dite, applicable à l'immense majorité des cas.

Un autre fait bien précis, qui découle de cette observation, c'est que, malgré l'action du feu dans la cavité utérine, les fonctions génésiques et de parturition ne s'en trouvent point altérées, puisque la malade a pu devenir enceinte deux fois depuis, et qu'elle a accouché naturellement chaque fois.

Le nitrate d'argent porté dans la cavité du col est mieux toléré. Cette cautérisation a certainement son avantage dans ces limites; mais, quant à le porter jusqu'à l'ouverture interne de ce même conduit, à l'y laisser quelque temps pour en faire dissoudre une partie par les mucosités, de sorte que la solution pourrait s'infiltrer aveuglément dans la cavité du globe, cela me paraît scabreux. Et puis, qui peut répondre qu'en s'humectant, le bâton de nitrate d'argent ne se cassera pas, et qu'un morceau ne restera pas engagé dans le canal dont on aura beaucoup de peine à le retirer ?

Je sais bien qu'un spécialiste distingué prétend que

cela lui est arrivé quelquefois et qu'il n'a jamais vu survenir d'accidents. J'aime à le croire ; mais je me fie peu aux caustiques en solution, dont l'action nuisible ne dépend que du degré et de la quantité de solution ; qui, en un mot, pourraient escarrifier les parois utérines, à tel point qu'une trouée pourrait en être la conséquence.

Il faut évidemment, dans ce cas, préférer les sondes porte-caustiques. Mais déjà, par elles-mêmes, ces sondes, mal dirigées, peuvent produire quelques dégâts préjudiciables, puisque le simple cathétérisme utérin peut, entre des mains malhabiles, susciter des accidents.

J'aime mieux, dans tous ces cas, me servir d'un fer rouge qu'on manie à volonté et dont l'action est limitée presque exactement aussi à volonté. Qu'on parle de la cautérisation au nitrate d'argent comme méthode de substitution, c'est bien ! mais alors par simple attouchement. Son action prolongée, c'est l'escarrification et une escarrification aveugle.

La cautérisation avec les divers caustiques, surtout avec le nitrate d'argent, conviennent dans les cas de lésions superficielles du col, érosions, exulcérations, granulations, etc., de beaucoup les plus nombreuses et les plus fréquentes.

Nélaton avait l'habitude d'enlever avec une curette les granulations de la cavité cervicale et de cautériser ensuite avec le nitrate d'argent ; ce procédé a été employé par ses adeptes et des spécialistes. Je doute qu'un récurage de la cavité cervicale soit absolument sans inconvénient, quand on voit quelquefois la moindre égratignure, produite par un cathéter, devenir la source d'accidents sérieux. En tous cas, la cautérisation des surfaces abrasées pare à ces inconvénients, mais le pro-

cédé me paraît peu radical et nécessiter beaucoup de précautions.

Le même récurage, employé déjà par Récamier, a été, naguère, conseillé aussi pour débarrasser la cavité utérine de végétations fongueuses, de grosses granulations. Je m'imagine qu'il y a des difficultés très-grandes à vaincre pour aller, avec la curette, dans la cavité utérine, quelque dilaté que soit le col. Ce me semble un difficile moyen, et peut-être le pire de tous, pour dire ma pensée ; car, après le récurage, il faut aller cautériser les surfaces. A tout prendre, j'aimerais mieux débuter par là.

Amussat père se servait du caustique de Filhos. Il l'employait un peu à toutes sauces, c'était une panacée.

Tous les médecins se servent, un peu banalement, du nitrate d'argent pour cautériser, sous prétexte de méthode de substitution. Quand cette méthode est applicable, et cela a lieu très-fréquemment, sa mise en œuvre est de raison, je dirai presque de rigueur.

Mais de toutes choses on abuse, même des meilleures. En effet, ces procédés de cautérisation ont l'avantage, outre la guérison qu'ils finissent par procurer dans nombre de cas, tous plus ou moins légers, au bout d'un temps plus ou moins long, de ramener périodiquement les mêmes malades un grand nombre de fois dans le cabinet du médecin. Et, il faut bien le reconnaître, cette manière de procéder, maniée avec adresse, a réussi à peupler les salons d'attente de plus d'un confrère et pas des plus bas placés dans l'échelle hiérarchique. De sorte que réputation et bénéfices étaient, pour eux, la résultante d'une combinaison scientifique habilement mise en œuvre, mais peu profonde comme intelligence de l'art.

Au fond, il y a là quelque chose qui, sous l'appa-

rence de la science, choque le bon sens et heurte tant soit peu la morale. Car il faut, en ce bas monde, procéder, autant que faire se peut, avec une inexorable logique. Eh bien! ou les cautérisations ont besoin d'être répétées souvent et longtemps pour obtenir une cure, ou elles peuvent entraîner rapidement la guérison dans une foule de cas, d'ailleurs tous plus ou moins légers. Leur emploi est évidemment restreint à ces derniers. Elles devraient être proscrites dans les premiers pour leur substituer un mode d'action plus énergique et plus prompt, qui évite, au moins, aux malades ces présentations fréquentes, supportées, mais odieuses au plus grand nombre, en même temps qu'il les débarrasse plus sûrement et plus promptement; nous voulons parler de la cautérisation au fer rouge.

Nous n'en sommes plus aujourd'hui, comme en 1849, dans la discussion devant l'Académie de médecine, où Paul Dubois était obligé de s'insurger contre les craintes exagérées d'un grand nombre de timides praticiens, qui repoussaient les moyens énergiques dans le traitement du catarrhe utérin chronique, et prétendaient ne lui opposer que le repos absolu, des médications générales et quelque topique local anodin. Paul Dubois proclamait la nécessité de la cautérisation dans quelques cas.

Depuis, la cautérisation, surtout avec le nitrate d'argent, a fait un terrible chemin, chemin si grand qu'elle a tourné à l'excès, à l'abus, et cela, soyons franc, un peu bien au détriment de la science.

La cautérisation au fer rouge n'expose à aucun danger : elle est même, sous ce rapport, bien supérieure au caustique le plus inoffensif. Elle ne cause que peu ou pas de douleur, eu égard au genre de sensibilité de la matrice et surtout du col. Son action est beau-

coup mieux limitée aux points que l'on veut atteindre, sans qu'il y ait diffusion de caustique ; elle détruit les surfaces malades pour permettre une régénération ultérieure ; son action est prompte et a rarement besoin d'être répétée, ce qui épargne aux malades, au moins à celles qui sont retenues par la pudeur naturelle à leur sexe, de venir s'étaler périodiquement dans le cabinet du médecin.

Enfin, elle guérit à peu près à coup sûr et promptement, lorsque la maladie est curable. Ce n'est point une méthode de substitution, comme on le dit, pour la cautérisation au nitrate d'argent, mais c'est une méthode de destruction pour la réparation et la reconstitution normale des tissus.

Je pourrais produire un nombre considérable d'observations où le cautère actuel a été employé avec un plein et constant succès contre le catarrhe, soit du col, soit du col et de la cavité utérine, et contre tous les épiphénomènes qui lui sont subordonnés. Mais c'est tellement vulgaire maintenant, que je me bornerai à fournir les deux observations suivantes, où le feu a triomphé après des traitements prolongés et inutiles.

Obs. LXXXIV.

Catarrhe chronique de l'utérus avec pertes blanches abondantes ; trois ans d'existence ; traitements divers inutiles ; guérison par le cautère actuel.

Mme Parl..., rue Demours, 26 ans, d'une belle constitution apparente ; bien conformée, mais lymphatique, avec un beau teint rosé. Mariée depuis sept ans, n'a jamais eu d'enfant. Elle s'est bien portée les trois ou quatre premières années de son mariage. Menstruée à seize ans, elle a toujours eu ses règles à peu près régulièrement, excepté depuis trois ans, qu'elle perd peu. Dans l'intervalle des époques elle était sujette, dit-elle, à des fleurs blanches abondantes, qui lui causaient des tiraillements d'estomac. Elle éprouvait des douleurs sourdes dans le bas-ventre, douleurs augmentant pendant l'éruption menstruelle. Elle était devenue triste, avait perdu ses forces et ne

pouvait supporter la moindre fatigue. Elle a consulté deux médecins. Le premier l'a soumise au repos presque absolu pendant trois mois; il lui a administré les martiaux sous diverses formes, et conseillé des injections vaginales avec diverses substances, notamment au tannin, qui ont été pratiquées longtemps. Le résultat de ce traitement a été de dissiper les palpitations qui existaient et de faire disparaître, en partie, la leucorrhée. La malade se trouvait satisfaite ; mais, un mois après la cessation du traitement, la leucorrhée et tous les autres phénomènes morbides reparaissaient de plus belle.

Elle s'adresse alors à un autre médecin. Celui-ci la fait revenir tous les huit jours, pendant quatre mois consécutifs dans son cabinet, pour la cautériser au nitrate d'argent. Quelle partie de l'utérus cautérisait-il ? Nous n'en savons rien. Probablement le museau de tanche avec l'ouverture cervicale externe, et peut-être une partie du conduit cervical. Mais les cautérisations et les injections à la décoction de feuilles de noyer ont constitué tout le traitement.

Mme Parl..., fatiguée de cette longueur de traitement, et point guérie, nous est adressée en juin 1872. Il y a trois ans qu'elle souffre, nous dit-elle, et depuis, elle va toujours s'aggravant. Elle éprouve maintenant, assez fréquemment, des serrements de la gorge, avec étouffement, qui l'obligent à se coucher parce qu'il lui semble qu'elle va s'évanouir. Il lui est même arrivé, deux fois, d'avoir une syncope, après des secousses nerveuses dans les membres. Elle n'a pas perdu connaissance complétement. Elle sent remonter ce prétendu étouffement avec constriction à la gorge, du milieu du ventre. Elle a évidemment des crises hystériformes. Il n'y a rien d'anormal dans les poumons et au cœur.

Après exploration complète, je constate l'état normal du col, qui est celui d'une jeune femme n'ayant jamais eu d'enfant, c'est-à-dire sans déformation aucune. Pendant l'examen au spéculum, il s'écoule en abondance, du méat, un mucus glaireux, filant, limpide, semblable à du mucus nasal. A mesure que j'absterge, le mucus revient, et, quand je le montre à la malade, elle me répond que c'est bien ce qu'elle observe ; elle en perd en telle quantité qu'elle est toujours souillée. Mais, aux approches des règles, ce mucus prend une nuance jaunâtre. Ce mucus est bien le résultat d'une hypersécrétion. Il représente bien cet état de la muqueuse utérine qui caractérise la phlegmasie catarrhale chronique dès le début.

Avec une sonde molle de petit calibre, j'arrive facilement dans la cavité utérine. Avec mon cathéter à curseur, introduit après la sonde, j'arrive également dans cette cavité, et je mesure 6 centimètres de diamètre longitudinal, du fond de l'utérus au méat. La pression avec le doigt sur le globe détermine de la sensibilité.

Je soumets la malade, pendant vingt jours, à un traitement général ainsi conçu : Dragées au proto-chlorure de fer de Rabuteau, deux à déjeuner et deux à dîner; quinze à vingt gouttes de teinture éthérée de

valériane le soir; eau de gentiane à froid avec du vin (huit jours); 1 gramme 50 de bromure de potassium matin et soir (huit jours). Alterner ainsi tous les huit jours.

Le vingtième jour, je pratique la cautérisation du conduit cervical d'abord, avec trois cathéters à curseur, après avoir fixé la tige-curseur au point voulu, correspondant à l'ouverture interne. Ces cathéters sont de plus en plus fort calibre. Cela fait, j'allonge de 3 centimètres la tige-curseur du cathéter de calibre intermédiaire, et je la porte rapidement, chauffée au rouge brun, dans la cavité utérine, où je fais exécuter un moulinet à l'extrémité pénétrante. Un second est porté de la même façon au rouge cerise. Finalement, le troisième, le plus fort, est porté dans les mêmes conditions en exécutant le même moulinet.

La malade devra mettre de la glace sur le bas-ventre pendant quarante-huit heures, puis faire deux injections par jour à l'eau de son et continuer son traitement général.

A part quelques douleurs de bas-ventre et des reins, que l'application de la glace a calmées, il n'est rien survenu de particulier à la suite de ces cautérisations.

Fin août, Mme Parl... s'est trouvée complétement débarrassée de son catarrhe utérin, sans être obligée de se soumettre à d'autres examens qu'au dernier, où j'ai pu constater sa guérison.

Comme je l'ai soignée, l'année dernière et cette année, pour quelques douleurs rhumatismales subaiguës, j'ai pu m'assurer que le catarrhe utérin n'a pas récidivé.

Obs. LXXXV.

Catarrhe utérin subaigu passé a la chronicité; deux mois de traitement par les cautérisations au nitrate d'argent sans succès; guérison par le cautère actuel.

Mme X..., rue de Miromesnil, 27 ans, mariée depuis six ans, constitution moyenne, tempérament lymphatique sanguin, a eu deux enfants qui vivent encore; a avorté, à trois mois, après la première couche (six mois après).

Entre l'avortement et la deuxième grossesse, ménorrhagie, santé détériorée. La deuxième grossesse est accompagnée du retour des forces et de la disparition de tous les accidents.

Deuxième accouchement naturel; suites de couches bonnes; rien, en un mot, pendant trois ou quatre mois, n'entrave la santé, tout à fait récupérée.

Surviennent, plus tard, des douleurs sourdes dans le bas-ventre et les reins, de la faiblesse, la fatigue à la marche et encore plus à l'ascension, et des pertes blanches, qui deviennent, tous les jours, de plus en plus abondantes. Les lassitudes qui accompagnent les douleurs sourdes du bas-

ventre sont telles, que la malade est obligée de se coucher plusieurs fois dans la journée.

La malade est vue par un confrère, qui a bien diagnostiqué un catarrhe utérin, car il a prescrit un traitement général, le repos, a fait des cautérisations au nitrate d'argent, une dizaine de fois. Il a pratiqué, avec une sonde introduite dans la cavité utérine, une injection styptique, qu'il n'a pas osé recommencer tant il y a eu de douleurs consécutives, de nausées, suivies de quelques vomissements. Bref, après deux mois de traitement sans amélioration marquée, la malade nous est amenée par une dame de ses amies, le 5 mai dernier.

État actuel : débilitation, appétit diminué, dyspepsie avec barre à l'estomac, que la malade appelle des tiraillements produits par l'abondance des fleurs blanches ; peu d'entraînement à la marche et fatigue à la suite, à cause des douleurs sourdes dans le bas-ventre ; écoulement très-abondant de muco-pus. A l'exploration de l'utérus, large ouverture du museau de tanche, avec rougeur et une légère érosion à la lèvre postérieure, due peut-être à la dernière cautérisation ; légère antéflexion. Du muco-pus s'échappe par le méat en abondance ; les deux lèvres sont un peu tuméfiées. Le cathétérisme de la cavité cervico-utérine peut être exercé facilement avec une grosse bougie molle. La cavité utéro-cervicale mesure 7 centimètres et demi de diamètre vertical.

Le cathéter à curseur n° 2 est introduit à froid, et la tige-curseur, fixée immédiatement, mesure 8 centimètres, en faisant avancer la boule dans le méat.

Après toutes ces constatations, je propose d'opérer de suite, ce qui est accepté.

Je fais d'abord, avec un ténotome au rouge-cerise, une incision transverse d'un centimètre d'étendue et d'un demi-centimètre de profondeur, à la jonction du col avec le globe, sur la face antérieure, pour corriger la légère antéversion. Puis, avec les cathéters-curseurs portés dans la cavité utérine, je produis la cautérisation des parois. Un cautère olivaire est introduit dans le méat, pour escarrifier la face interne des lèvres tuméfiées, et le cautère-marteau léger est porté sur celles-ci. Les pansements consécutifs comme d'usage. Traitement général à continuer un mois et consistant en sirop d'iodure d'amidon et vin de quinquina, en alternant tous les huit jours ; infusion à froid de quassia-amara avec du vin au repas, et repos absolu pendant quinze jours.

Guérison complète le 10 avril, et sans récidive depuis six mois qu'elle a eu lieu.

CHAPITRE V.

ÉLONGATION HYPERTROPHIQUE

A. — Allongement hypertrophique du col.

1° Élongation hypertrophique et non hypertrophique.

Élongation hypertrophique du col indique et signifie nécessairement un allongement de cette partie de l'utérus, avec épaississement des parois dans tout ou partie de la circonférence.

En décrivant sous la même dénomination diverses variétés d'élongations du col, dont il a voulu faire une unité pathologique, Huguier est tombé dans l'une de ces erreurs faciles à tous ceux qui, découvrant une nouveauté, se laissent entraîner à l'exagération à leur insu.

Le mot hypertrophie, appliqué à l'élongation, est trop absolu ici, au moins d'une façon générale. L'hypertro-

phie n'est qu'un vice de nutrition qui entraîne l'exagération, l'épaississement des tissus de l'organe qui en est atteint, de même que l'atrophie entraîne la diminution, le retrait des tissus de l'organe qu'elle frappe.

Or, n'est-ce pas abuser d'une façon singulière du mot hypertrophie que de l'appliquer à l'allongement d'un col utérin, qui conserve son diamètre transversal ou dont ce diamètre a diminué, et qui, sous diverses influences, s'est allongé démesurément? L'abus n'est-il pas plus grand encore quand, au lieu d'avoir acquis de la dureté en s'allongeant, ce même col conserve de la souplesse, sa souplesse normale ou même une souplesse plus grande?

Non, un allongement pareil n'est point hypertrophique ; qui dit hypertrophie dit épaississement d'un organe, augmentation de volume en épaisseur dans la fibre musculaire ou dans celle-ci et dans les interstices cellulo-fibreux, quand il s'agit d'organes musculeux. Or, dans l'allongement dont je parle, la fibre musculaire n'est pas épaissie, le tissu interstitiel non plus; c'est une simple élongation par allongement des fibres et de toute la contexture. Je trouve plutôt une hypertrophie dans le col qui ne s'allonge pas, reste à la longueur normale, mais augmente en circonférence et acquiert une certaine induration, de même que dans celui qui acquiert des proportions plus ou moins excessives en longueur avec les mêmes conditions. Tel est, ce me semble, si on ne veut abuser du langage médical et conduire à des erreurs pratiques, le sens qu'on doit conserver au mot allongement hypertrophique.

Aussi, il nous paraît qu'Huguier, comme tous ceux qui adoptent sa manière de voir, commettent une erreur en rangeant sous la dénomination d'élongation hypertrophique tous les allongements du col, soit que celui-

ci conserve son diamètre transverse normal ou même qu'il ait un diamètre inférieur, soit qu'il ait ce diamètre augmenté, c'est-à-dire qu'il soit augmenté en circonférence et plus ou moins induré dans ses parois.

Comme première conséquence pratique, c'est que le col simplement allongé, dépassât-il l'ouverture vulvaire de quelques centimètres sans que le globe soit abaissé, est un col facilement opérable, et qui ne nécessite qu'une simple amputation dans la longueur, sans incision préalable de la voûte vaginale, mais en amputant seulement avec lui cette partie du vagin qui s'adosse à lui pour le recevoir au-dessus de la voûte et de l'ampoule de circuit, qu'il entraîne en bas en l'abaissant.

Tandis que, pour le col vraiment hypertrophique, au contraire, il y a encore autre chose à faire que de le raccourcir par l'amputation; il y a à faire diminuer son volume en circonférence, volume dont les causes sont multiples et les conséquences bien autrement graves que dans le cas précédent.

Tel ou tel muscle s'hypertrophie par exagération de son action, et partant, d'une exubérance de nutrition, suite de cette action ; tel ou tel organe s'atrophie par le fait d'un vice de nutrition, par la diminution de son action, ou par régression.

Tel est également le cas de l'utérus, organe creux et tout musculeux. Mais l'exagération de nutrition de cet organe par l'exagération de son fonctionnement est, peut-être, le cas le plus rare dans ses nombreuses manifestations hypertrophiques.

Son hypertrophie, à en juger par les faits cliniques, nous paraît bien plus généralement le résultat pathologique de processus morbides, processus plus souvent inflammatoires sur divers points de son ensemble, tels que endo ou péri-métrite, métrite interstitielle ou paren-

chymateuse, dont les dépôts plasmatiques, ou exsudats, déterminent une augmentation de poids et de volume. L'hypertrophie résulte également d'un arrêt de régression de l'organe à la suite des couches, sub-involution des Anglais, dans certaines de ses parties; d'un développement anormal sur quelques points des fibres constitutives, ce qui donne lieu, par exagération, à la production de fibroïdes interstitiels sur tel ou tel point de l'organe ou dans la totalité de l'un de ses hémisphères.

La dénomination appliquée par Huguier à tout allongement du col nous paraît donc excessive. Nous trouvons également excessive cette autre donnée établie par lui, que, sur 64 cas observés, il n'y en avait que 2 où, avec l'élongation, l'utérus eût subi un abaissement, et que, dans les autres 62 cas, il n'y avait aucun déplacement du globe. Ces données ont été controuvées lors de la discussion devant l'Académie de médecine, et, à moins d'une de ces séries exceptionnelles sur lesquelles Huguier aura pu tomber, nous ne pensons pas que personne ose compter ces données comme l'expression des faits.

Nous nous devions d'entrer dans ces détails, parce que la question est d'une importance majeure, et que, résolue dans un sens vraiment pratique, elle domine toute la thérapeutique en l'embrassant dans toutes ses phases.

C'est le plus souvent sur des femmes ayant eu plusieurs enfants, et passé quarante à cinquante ans, qu'on trouve l'allongement hyperthrophique, ou non, du col. Cependant on le constate parfois sur de plus jeunes, voir même sur des femmes ou des filles n'ayant jamais eu d'enfant; mais c'est le plus souvent alors un allongement simple. Je l'ai constaté chez une femme de 32 ans sans enfant. Le col avait 6 centimètres de longueur à partir de la voûte vaginale en bas. Le museau de tanche était un

cône un peu aplati d'arrière en avant et en flexion antérieure, avec méat circulaire. Il y avait fausse route postérieure et, dans l'acte de copulation, le pénis s'engageant dans le cul-de-sac de Douglas, avait sans doute contribué à la flexion en avant du museau de tanche. C'était un allongement non-hypertrophique.

Chez une fille vierge de dix-neuf ans, j'ai trouvé l'allongement non-hypertrophique de la partie sous-vaginale du col avec antéflexion de celui-ci.

L'allongement hypertrophique du col, suite de couches, a, le plus ordinairement, une marche lente, graduée, envahissante. Il met des mois et des années à se développer. Il atteint soit la partie sus-vaginale, soit la partie sous-vaginale ou les deux en même temps et à divers degrés. Tout ou partie du globe utérin peuvent en même temps offrir une augmentation de volume.

L'hypertrophie proprement dite est un vice de nutrition organique, avons-nous dit, que l'hypérémie ait précédé ou soit la conséquence des causes premières qui entraînent, par son intermédiaire, cet écart de la nutrition.

La phlegmasie de la muqueuse utérine ou celle de la membrane vaginale de revêtement, les péri et endo-métrites, mais surtout la métrite parenchymateuse, comme nous venons de l'énoncer, engendrent des tuméfactions ou engorgements en se propageant aux tissus constitutifs de l'organe, engorgements de nature inflammatoire, qui peuvent entraîner un allongement et un plus grand développement du col et du corps de l'utérus sur la totalité ou sur certains points, mais qui, en tous cas, sont bien différents de l'hypertrophie pure et simple, quoique aboutissant au même résultat.

L'allongement hypertrophique peut porter le col à la vulve ou la lui faire franchir, mais il y a, dans bon

nombre de cas, et malgré l'affirmation d'Huguier, autre chose en concomitance : il y a prolapsus du globe utérin : plus souvent encore il y a prolapsus vaginal.

Quand l'élongation hypertrophique du col, surtout celle qui porte sur tout le col et partie du globe, coïncide avec une ouverture vulvaire très-agrandie par suite de déchirure du périnée ou autrement, l'utérus par son état hypertrophique, ou allongement anormal, augmenté qu'il est de poids et de volume, s'abaisse directement et graduellement. Il s'abaisse d'autant plus rapidement que les parois vaginales sont devenues plus lâches, les piliers vaginaux moins résistants, et la voûte moins soutenue. Alors l'utérus, allongé, passe facilement à la procidence, le col franchit aisément la vulve.

Prenons un utérus absolument dans les mêmes conditions d'élongation hypertrophique, mais coïncidant avec un orifice vulvaire bien conservé ou même un peu étroit, des parois vaginales bien constituées, assez rigides pour ne pas donner de l'ampliation outrée à la cavité vaginale, et un plancher bien soutenu par les piliers et les parois du vagin, voici ce qui va arriver : par l'effet de son augmentation de poids et de volume, l'utérus va tendre à s'abaisser, à vaincre les résistances. Si les facteurs actifs de dépression ou de déplacement ont une action un peu plus forte, ils aideront à la descente.

Mais il faudrait ici, comme dans un utérus sain, des causes bien violentes d'action pour déterminer une brusque procidence.

Parfois l'allongement hypertrophique du col peut être pris pour une procidence de l'utérus, lorsqu'avec cet allongement et le renversement du vagin, le museau de tanche est poussé en dehors et laisse voir l'orifice cervical hors de la vulve.

C'est de la jonction du globe avec le col que s'opère

l'élongation hypertrophique, et, ainsi que le fait remarquer lucidement Cruveilhier, c'est tantôt l'allongement du col qui prédomine et tantôt l'abaissement de l'utérus.

Il peut y avoir inversion ou doublement du vagin sans déplacement de l'utérus qui a subi un allongement, circonstance qui tendrait à prouver que, dans quelques cas, le déplacement utérin, quand il coexiste, débute par l'inversion du vagin qui s'invagine, comme l'intestin, à l'instar d'un doigt de gant rentré en lui-même.

Le déplacement utérin peut alors se faire de telle façon que, le globe étant prolabé avec invagination, le col allongé et augmenté de volume, au lieu de descendre à la vulve, s'infléchisse, se recourbe en haut et en avant pour remonter au-dessus du niveau du globe, ce que représente exactement notre figure de l'observation LXXXVI. Avec l'engorgement du globe utérin prolabé, s'il y a une ouverture vulvaire étroite, si le col s'allonge graduellement en s'engorgeant ou s'hypertrophiant ; comme le globe est en rétro-version, comme le col est dirigé en avant, celui-ci rencontre une résistance sur le pubis. A mesure que le globe descend, comme l'étroitesse de la vulve forme une barrière qui ne permet ni au col de passer obliquement, ni au globe de s'y engager, il s'en suit que le col se recourbe en avant et en haut quand le globe prolabé descend.

C'est le cas le plus difficile à opérer et qui demande les plus grandes précautions pour la réussite complète. L'allongement hypertrophique du col s'accompagne de dysménorrhée, de dyspareunie et, quand il y a déviation, prolapsus en même temps qu'hypertrophie du col, on voit survenir des métrorrhagies à distance, de la ménorrhagie et tous les troubles fonctionnels propres aux déviations.

On voit donc que l'allongement hypertrophique général ou partiel du col existe, soit avec déviation ou abaissement de l'utérus, soit sans aucune de ces anomalies pathologiques du globe utérin; que le col atteint d'élongation hypertrophique peut descendre directement à la vulve, la franchir même, ou qu'il peut, suivant les circonstances, s'incurver sur le globe, s'infléchir au point que le museau de tanche peut dépasser en hauteur le niveau du globe abaissé ou bien s'appliquer exactement sur lui à force d'inflexion, quand il y a antéflexion, pour lui faire prendre la forme d'un colimaçon : ce sont là des faits qu'Huguier, pas plus que ses successeurs, n'ont signalé dans l'histoire de l'élongation hypertrophique du col, au moins à notre connaissance.

L'élongation hypertrophique a généralement une marche lente et graduée, et, rien que par ce fait, en s'allongeant graduellement le col peut, par ses dimensions excessives en longueur, arriver à la vulve, la dépasser même, sans que d'autres agents physiologiques ou pathologiques l'y poussent. Mais il peut arriver aussi que sous l'influence de pressions supérieures dépendantes d'actes physiologiques ou de modifications pathologiques, le même utérus, en voie d'élongation, soit poussé en bas. Généralement, dans ce cas, le pubis oppose une barrière au globe. Si les facteurs d'abaissement ou de pression supérieure acquièrent une action plus prononcée et surtout d'arrière en avant, l'utérus arrive à l'antéversion. Dans une pareille position, si toutes les parties du col sont également hypertrophiées, la poussée du col se fait nécessairement en arrière, en bas, où il y a de la place : la position sera oblique. Mais si, par exemple, la partie antérieure du col est seule hypertrophiée ou augmentée de volume, la postérieure conservant toute sa contractilité, il en résultera que, par suite d'une exci-

tation constante, celle-ci tirera sans cesse sur la partie antérieure, et cela d'autant plus activement que le globe s'arc-boutera davantage sur le pubis.

Finalement, cette traction active de la partie postérieure du col sur l'antérieure, engorgée et dépourvue en partie de sa contractilité, amènera la flexion à un tel point que le col viendra s'appliquer sur le globe par sa face postérieure, avant que celui-ci ait pu passer de l'antéversion à la rétroversion, et donnera à l'utérus la forme d'un colimaçon comme dans notre figure de l'observation LXXXVI.

Quand j'aurai ajouté que, dans tous les cas, le col peut présenter, outre son hypertrophie, des lésions de toutes natures : érosions, granulations, épaississement granuleux de la membrane vaginale de revêtement, déformation du museau de tanche par l'hypertrophie plus considérable de l'une des lèvres faisant saillie sur l'autre, inflammation de la muqueuse cervicale, tubercules hypertrophiques, etc., j'aurai noté tout autant de lésions concomittantes ou consécutives dont il faut tenir le plus grand compte dans le traitement.

2° Rapports entre le prolapsus et l'allongement hypertrophique du col.

Les rapports qui existent entre le prolapsus et l'allongement hypertrophique du col, admis déjà par Morgagni, puis par Cruveilhier, Velpeau, Paul Dubois, et tout récemment par Barnes, avaient été niés par Huguier, dans son mémoire de 1849. Je sais bien que cet auteur, cherchant à établir une nouvelle variété d'élongation, a voulu, par cela même, la dégager de toute influence, de tous rapports même avec le prolapsus, fait réel pour quelques cas, mais dont il a exagéré les propor-

tions, C'est, quoi qu'il en ait dit, aujourd'hui une démonstration faite et qui nous a ouvert à nous-même une nouvelle voie de traitement.

Comme nous avons déjà, à propos de notre méthode et de ses applications aux déviations utérines, anté et rétroversion, anté et rétroflexion, prolapsus ou procidence, pour en obtenir la guérison radicale, traité largement cette question de rapports, il nous suffira de faire ressortir toute l'importance de cette méthode, pour la cure de l'allongement hypertrophique du col, compliqué ou non de prolapsus, de déviations utérines.

3° Traitements curatifs appliqués à l'élongation hypertrophique du col.

Nous devons d'abord faire connaître les variétés d'élongation hypertrophique admises par Huguier et le traitement par lui proposé ; puis décrire les autres traitements antérieurement ou ultérieurement appliqués jusqu'à ce jour et qui n'ont, que nous sachions, qu'exceptionnellement fourni une cure radicale, tout en exposant sérieusement les malades et quelquefois en causant leur mort, excepté dans l'élongation simple de la partie sous-vaginale du col.

Voici les quatre variétés admises par Huguier :

1° L'hypertrophie atteint le corps seul de l'utérus et peut entraîner le prolapsus. Cette première est illogique puisque le col n'est pas atteint ;

2° Le museau de tanche et la partie intra-vaginale sont atteints d'allongement hypertrophique ;

3° La presque totalité du col est affectée, mais surtout la portion sus-vaginale ;

4° Le corps et tout le col, mais surtout la portion sus-vaginale, sont envahis.

Huguier avait établi ces quatre variétés pour préciser les cas où son procédé opératoire était applicable.

Son procédé consiste dans l'ablation de toute la longueur du col avec l'extrémité supérieure du vagin, et même de la portion inférieure de l'utérus, s'il le faut, et cela par une incision oblique de dehors en dedans, après avoir détaché la vessie de la partie qu'on veut enlever.

Cette opération, tout à fait téméraire, comme nous allons bientôt le prouver, constitue une horrible mutilation qui expose aux plus grands dangers. La section du museau de tanche au-dessous du plancher vaginal, quand il y a élongation hypertrophique de cette partie du col, est presque inoffensive. Mais l'ablation de la partie sus-vaginale, outre qu'elle est fort dangereuse, surtout quand on emporte un disque de la portion inférieure de l'utérus, est un contre-sens pratique, parce qu'il faut retrancher une partie de la voûte du vagin pour que la réunion des parois de celle-ci puisse ensuite maintenir l'utérus. Or, si, par un autre procédé qui, sans retrancher la voûte vaginale, suffise grandement pour empêcher le retour du prolapsus et de l'invagination quand ils existent, ou pour fixer les parois plus haut quand il n'y a qu'élongation, on peut éviter cette mutilation, celle-ci devient inutile.

En outre, avec les contre-indications établies par Huguier lui-même à son opération, elle ne s'adresserait qu'à quelques cas exceptionnels. Ces contre-indications, d'après lui, sont :

Un bassin large, une large ouverture vulvaire, une déchirure plus ou moins grande du périnée, un relâchement marqué des parties molles du plancher pelvien, toutes circonstances que l'on rencontre isolément ou réunies dans la très-grande majorité des cas.

On le voit, les restrictions apportées par l'auteur lui-même rendent son opération à peu près inapplicable, outre qu'elle est inutile.

L'allongement hypertrophique du col s'accompagne de prolapsus utérin ou existe seul, avons-nous déjà dit. Nier cette dualité pour se rattacher à une seule théorie, comme celle d'Huguier, est illogique et témoigne d'une observation défectueuse On verra tout à l'heure quelle importance a cette dualité dans le traitement. L'allongement hypertrophique du col sans prolapsus utérin existe avec les circonstances suivantes :

1° Avec le renversement du vagin dont le fond est attiré en bas par les progrès de l'élongation ; 2° Le vagin renversé prend la forme d'une saucisse au centre de laquelle se trouvent le museau de tanche et au-dessus un utérus normal ou atrophié ; 3° L'utérus renversé : la poche qui dépasse la vulve renferme l'utérus rétrofléchi ou infléchi de telle façon qu'il paraît replié sur lui-même. (Voir ce genre de flexion, dans une rétroversion, à la figure de l'obs. LXXXVII, l'inflexion utérine s'étant formée par suite de l'évolution du globe passant à la rétroversion.)

Pour la seconde variété d'élongation hypertrophique sans prolapsus, où le vagin renversé prend la forme d'une saucisse, etc., voici les considérations que nous avons à présenter.

L'hypertrophie de la partie sus-vaginale du col qui se fait en longueur sans qu'il augmente en épaisseur, puisque, au dire d'Huguier, il n'est guère plus gros que le doigt, est-elle bien une hypertrophie ? Nous ne le pensons pas. C'est une élongation, voilà le vrai, et une élongation qui se fait par l'effilement du col. Cette élongation n'est pas plus hypertrophique qu'on est en droit d'appeler hypertrophique cet autre allongement du col,

contourné en spirale sur lui-même dans des cas de tumeurs utérines qui, par leur développement et leur direction, entraînent, cet allongement singulier.

Outre que les preuves anatomiques de l'hypertrophie n'ont pas été faites, il est des motifs bien puissants qui portent à la repousser, d'autant que le corps de l'utérus est plutôt diminué qu'augmenté dans le cas qui nous occupe. Est-ce l'abaissement des parois vaginales qui, en s'écartant de cette partie du col, entraînant en bas la vessie, et pesant sur le museau de tanche qu'elles effacent, provoque l'allongement graduel par un tiraillement continu de haut en bas, par le bout inférieur auquel elles sont adhérentes ?

Cette thèse ne pouvait convenir à Huguier qui n'admettait pas que l'élongation pût être consécutive à l'abaissement du vagin et de la vessie, et qui attribuait, au contraire, cet abaissement à l'élongation même.

Est-ce par suite d'un défaut de contraction, d'une sorte de paralysie des fibres longitudinales du col qu'a lieu mécaniquement l'élongation de cette partie, comme la paralysie de certains muscles de la face produit leur relâchement et un allongement réel ? Ou bien est-ce par la combinaison de ces deux causes que le phénomène a lieu? Ce sont là de simples conjectures, mais qu'on peut bien produire en présence d'une prétendue hypertrophie dont la démonstration n'est pas faite.

Il est vrai qu'Huguier et les rares chirurgiens qui adoptent ses vues prétendent prouver l'hypertrophie par cette sensation que donne le toucher en pressant latéralement sur la systocèle avec le doigt qui perçoit alors, à travers la vessie abaissée, une tige dure, ferme, résistante qui n'est autre que la partie sus-vaginale allongée du col. Mais cette sensation ne prouve qu'une chose, c'est que cette partie allongée reste contractile dans ses fibres

circulaires, raison pour laquelle elle n'est pas augmentée en circonférence ; et que cette contraction est d'autant plus énergique qu'elle ne rencontre aucune résistance dans les fibres longitudinales. A notre sens une pareille élongation n'implique point l'idée d'hypertrophie; elle est sans doute assez fréquente, mais à coup sûr beaucoup moins que ne le prétendait Huguier, qui nous paraît avoir fait, ici, une pétition de principe, en prenant l'effet pour la cause.

A côté de cette élongation s'en place une autre qui alors est réellement hypertrophique : c'est celle où le col est réellement augmenté de volume tant en longueur qu'en circonférence, soit dans sa totalité soit dans certaines parties.

Ces différences pathologiques sont autant de points de repaire, je ne dis pas pour les moyens contentifs, puisque, le vagin remis à sa place, il est possible de maintenir utérus et vagin par un pessaire approprié, mais pour la guérison radicale au moyen de la méthode utéro-vaginale ignée

B. — Opérations pratiquées jusqu'a ce jour pour guérir l'élongation hypertrophique.

1° Amputation conoïde du col de l'utérus.

J'aborde maintenant l'opération radicale pour guérir l'élongation hypertrophique.

J'ai décrit déjà le procédé opératoire d'Huguier. Les dangers sont trop considérables quand on veut amputer la partie sus-vaginale du col et la partie inférieure de l'utérus, pour qu'il puisse venir aujourd'hui à l'idée d'un chirurgien prudent de l'employer dans des cas où il n'y a pas nécessité absolue, quand les malades peuvent vivre avec leur infirmité. Il expose à ouvrir le péritoine, la vessie ; à des hémorrhagies graves, à la septicémie ou à la pyohémie. C'est trop pour une opération non urgemment nécessaire. Quand j'aurai dit que, sur trois de ses opérées d'amputation sus-vaginale du col, Huguier avait, un mois et demi ou deux mois après, réséqué, par des procédés à lui, un grand pli de la muqueuse vaginale; quand enfin j'aurai ajouté que, de ses trois opérées, il en est une dont on ne trouve plus de trace, et que pour les deux autres (obs. xxx et xxxi) on n'avait constaté le maintien de la guérison qu'au bout d'un et deux mois, j'aurai démontré, d'une part, la hardiesse de l'opérateur et, d'autre part, le doute bien permis à la critique sur le résultat définitif.

Cependant, il est des cas où l'élongation hypertrophique devient tellement menaçante pour la vie des malades, par les hémorrhagies graves et répétées qu'elle suscite, par des accidents inflammatoires et leurs conséquences, qu'on est obligé d'intervenir activement. Aussi a-t-on, dans ce but, apporté des modifications au procédé d'Huguier.

2° Modifications apportées au procédé d'Huguier et procédés nouveaux.

Carles Mayer l'a modifié ainsi : Après avoir abaissé la vessie par son col, il attire fort en bas l'utérus, au moyen de crochets tenus par des aides, et emporte au bistouri la partie hypertrophiée. Il arrête ensuite l'hémorrhagie avec le cautère actuel pendant que l'utérus est accessible. Cette manière offre moins de danger, mais elle expose encore la vie des malades et ne peut s'appliquer qu'à quelques cas.

Le procédé d'Huguier modifié par Sims et Carles Mayer aurait cependant le mérite, dans le cas où il serait applicable, d'entraîner la cure radicale de l'élongation hypertrophique, tandis que les autres, dont j'ai parlé à propos du traitement du prolapsus et de la procidence, n'ont pour but que de maintenir un utérus hypertrophié et prolabé ou procident.

Voici maintenant un autre procédé imaginé par Gustave Simons de Heidelberg pour atteindre ce résultat; l'auteur l'appelle colporrhaphie postérieure. Mais ce procédé, applicable au prolapsus, à la procidence, s'adapte moins bien, et ne saurait avoir un résultat satisfaisant dans l'élongation hypertrophique propre.

Il enlève un large lambeau muqueux de la paroi postérieure du vagin et réunit ensuite les bords de la plaie

pour rétrécir le vagin. Il prétend ainsi renforcer la paroi postérieure du vagin et en faire un support pour l'utérus et la paroi antérieure.

Il conseille de porter l'excision sur presque toute la longueur de la paroi vaginale ; de ne pas exciser toute l'épaisseur de cette paroi, crainte de ne pas avoir une cicatrice solide. L'auteur a pratiqué plus de trente fois cette opération et, sauf un cas, il a obtenu guérison complète et permanente de tous, c'est-à-dire qu'il a maintenu l'utérus hypertrophié ou non, mais prolabé, sans guérir l'hypertrophie, sans réduire complétement le prolapsus. Il a revu plusieurs des opérées après des années et la procidence ne s'était pas reproduite.

Tracy de Melbourne opère du même coup la colporrhaphie postérieure et antérieure et la perinéoraphie. Les malades qu'il a opérées ont pu gagner leur vie. Cette manière de procéder est, pour ceux qui sont partisans de l'anaplastie par synthèse et exérèse, beaucoup plus sûre, et elle a été imitée par quelques chirurgiens français. Mais cette manière n'obtient pas, plus que l'autre, la cure de l'hypertrophie ni même du prolapsus.

Barnes, à qui nous empruntons ces détails, estime que chacun de ces procédés opératoires a son utilité déterminée dans tel ou tel cas particulier ; qu'aucun ne s'applique à tous les prolapsus ou procidences en général ; que la réunion de deux de ces procédés ou même des trois peut être nécessaire dans tel ou tel cas, et voici comment il conclut, avec un peu trop d'entraînement pour ces innovations :

1° Quand on a affaire à un prolapsus sans allongement considérable du col, enlever un lambeau de la paroi vaginale antérieure, d'après la méthode de Sims ;

2° Si l'allongement est considérable, amputer une partie du col hypertrophié, en taillant la base du côté

du moignon cervical et rapprocher les bords de l'incision par la suture; s'il y a une rectocèle considérable, un affaiblissement du périnée, faire la colporrhaphie postérieure;

3° Si les trois conditions sont réunies, faire les trois opérations, c'est-à-dire l'excision d'un lambeau de la paroi vaginale antérieure, amputer une partie du col hypertrophié et la colporrhaphie de Simons, et cela en trois séances plutôt qu'en une seule.

Barnes est ici d'une logique rigoureuse théoriquement, car nous doutons qu'il ait opéré une seule fois, puisqu'il ne parle nullement de fait à lui appartenant. Nous allons bientôt juger cette logique en apparence rigoureuse.

Mais Mister Walter Witehead, au dire de Barnes, a exécuté un grand nombre d'opérations et ses succès sont nombreux. L'auteur enlève sur la paroi postérieure du vagin un triangle de la muqueuse, dont le sommet est dirigé vers le col et un autre triangle sur la paroi antérieure et il emporte le col. Ce procédé, modification heureuse apportée à celui d'Huguier, fait éviter, par les deux excisions et la simple amputation du col à niveau, une partie des dangers de celui-ci ; mais il n'en expose pas moins très-sérieusement les malades à une hémorrhagie grave, quelquefois bien difficile à maîtriser, aux phlegmons consécutifs, à l'infection putride ou purulente, à tous les dangers d'un traumatisme considérable, en un mot. S'il y a eu de nombreux succès, il est certain qu'il y a souvent eu des accidents sérieux à combattre et que, dans quelques cas, la mort s'en est suivie.

Quoique ce procédé soit, de tous ceux mis à exécution, le meilleur pour atteindre un but définitif, c'est-à-dire la cure de l'élongation hypertrophique et du prolapsus,

les mutilations qu'il cause et les dangers qu'il suscite empêcheront qu'il soit mis en pratique chez nous, qui comparons, avant tout, les dangers aux résultats et qui ne nous hasardons jamais à exposer à la mort des malades dont les infirmités n'abrégent pas d'un jour l'existence, surtout quad ces infirmités peuvent être grandement soulagées par des bandages contentifs. Ce n'est que dans les cas où, exceptionnellement, l'existence est compromise par des accidents graves résultant de ces infirmités ou des lésions qui les accompagnent qu'on peut être autorisé à recourir à ces mutilations.

La raison, la prudence chirurgicale veulent, avant tout, que, pour des maladies qui ne tuent pas, les opérations curatives, si on en entreprend, n'exposent pas les jours des sujets.

Barnes, dans le but de soustraire à l'un des principaux dangers en excisant le col, donne les deux conseils suivants : 1° séparer par la dissection de la tunique vaginale la partie qu'on veut amputer, de façon à l'isoler complétement ; 2° traverser avec une longue aiguille le col, juste au-dessus du point que l'on veut amputer, surtout quand on ampute avec l'écraseur.

Le bistouri laisse après lui des solutions de continuité qui, dans ces parties peut-être plus qu'ailleurs, exposent à la septicémie ; puis, nous ne pensons pas qu'une aiguille, même forte, empêcherait l'action progressive de bas en haut de l'écraseur qui, doué d'une puissance très-grande, pourrait briser comme verre l'aiguille mise à dessein pour borner son action. Maintenant, si l'on se rappelle qu'à l'état normal le cul-de-sac de Douglas est situé au niveau du quart supérieur du vagin, par conséquent au-dessus de la portion vaginale du col ; que, dans le prolapsus et dans l'allongement hypertrophique du col, ce cul-de-sac descend aussi bien que celui-ci et en

proportion de son allongement, on verra combien il est facile d'ouvrir le péritoine dans l'opération. Cet accident est arrivé nombre de fois et on a eu des morts à déplorer; c'est à faire rejeter l'opération.

Aussi West, quoique persuadé des bons résultats qu'ont donnés, dans quelques cas, ces opérations, ne veut pas les considérer, malgré l'enthousiasme qu'elles ont suscité en quelques pays, comme nécessaires et semble même les redouter.

Il dit, en effet, pour justifier sa manière de voir : « Il est étonnant combien le volume de l'utérus procident, après son replacement, est réduit par un mois de repos au lit; combien une ancienne ulcération de l'orifice se guérit complétement et combien un bandage maintient utilement l'organe dans le bassin. Si l'on opérait dans la majorité des cas, il est peu douteux qu'on obtînt un résultat semblable. » Ces réserves, appliquées aux opérations pour guérir le prolapsus ou la procidence n'ont, du reste, aucune valeur pour l'allongement hypertrophique, car celui-ci ne saurait guérir par les moyens indiqués par West.

Nous venons d'exposer successivement les divers procédés opératoires pour la cure du prolapsus et de la procidence qui accompagnent l'élongation hypertrophique et de l'élongation hypertrophique elle-même. Ces procédés, comme on a pu le voir, se rangent sous deux chefs différents : 1° ceux qui tendent à maintenir l'utérus réduit, et sont ce que nous pourrions dénommer des formes de pessaires humains, mais qui ne s'attaquent pas à l'état hypertrophique de l'organe ; ceux qui s'adressent directement à la lésion pathologique, en même temps qu'ils suppriment prolapsus et procidence.

Les premiers sont nombreux et variés. Généralement ils n'exposent pas, pour la plupart, à des dangers sé-

rieux ; mais ils ne corrigent ni la rétroversion, ni l'invagination qui coexistent avec le prolapsus. Ils ne guérissent pas les divers engorgements ou l'état hypertrophique; ils ne parent à presqu'aucun des épiphénomènes qui accompagnent prolapsus et procidence. Ils se réduisent, en définitive, comme les divers pessaires, à maintenir l'utérus, non pas en place, puisqu'il reste prolabé et invaginé au moins en partie, mais dans le vagin. Ce simple résultat, qui peut être contrebalancé par les inconvénients attachés à un rétrécissement considérable de la vulve ou des parois vaginales, nous paraît peu encourageant, si peu exposés que soient les malades à des dangers, pour recourir à de semblables procédés, qui ont excité, dans d'autres pays, quelque enthousiasme, et qui n'ont, chez nous, des défenseurs que comme procédés d'anaplastie par synthèse ou exérèse pour remédier à la cystocèle, à la rectocèle, ou aux deux à la fois.

Si, parmi les procédés opératoires de ce genre, il est arrivé, dans deux cas bien avérés (1), que l'utérus abaissé se soit trouvé réduit par la réussite, c'est que, dans ces deux cas, il y avait rupture complète du périnée, ce qui avait entraîné d'abord la rectocèle, puis la cystocèle, en un mot le renversement du vagin, qui avait entraîné l'utérus dans sa chute. Mais, dans ces cas, il n'y avait ni élongation hypertrophique, ni même engorgement caractérisé de l'utérus. Il y avait simplement abaissement de l'organe entraîné par le prolapsus vaginal, fait qui démontre péremptoirement la proposition de Cruveilhier qui soutient la dualité de mécanisme dans la procidence, ainsi que nous l'avons signalé ailleurs : abaissement primitif de l'utérus ou abaissement consécutif à celui du vagin et de la vessie.

(1) Les deux cas de Richet.

Les autres procédés, celui d'Huguier, celui de Carles Mayer et celui de Mister Walter Withead, qui ne sont qu'une modification de celui d'Huguier, s'attaquent en réalité à la maladie fondamentale. Ils suppriment du même coup prolapsus ou procidence, et détruisent ou enlèvent les parties hypertrophiées. Ces procédés ont au moins le mérite d'obtenir une cure radicale, tandis que les autres ne visent qu'à une palliation que les pessaires nombreux et plus ou moins ingénieux obtiennent également.

En fait d'opérations, la première condition, c'est qu'elles ne puissent compromettre la vie des malades. Quand une opération devient nécessaire pour sauver la vie menacée par une lésion ou affection quelconque, l'opérateur peut et doit tenter de mettre en œuvre toutes les ressources de l'art, le malade eût-il chance de succomber, s'il y a quelque espoir de le sauver. Mais quand il s'agit de maladies constituant une infirmité qui, si elle ne guérit pas, ne tue jamais, comme l'ont proclamé les maîtres les plus expérimentés, tels que Velpeau, Paul Dubois, Pajot, etc., etc..., essayer de les guérir par une mutilation qui expose à mille dangers, qui a fait déjà périr plusieurs malades, c'est illogique, malgré l'enthousiasme que ces mutilations ont pu causer dans quelques pays : et, dût-on, pour guérir trente malades, par exemple, en faire mourir une ou deux, que le bon sens condamnerait une telle manière de procéder si elle n'était commandée par des complications menaçantes.

Je suis convaincu que nul opérateur n'oserait courir pareil risque au sein des familles, dans la pratique de la ville, parce qu'il craindrait de détruire sa réputation à la suite d'un tel revers. Or, dans l'espèce, toute mutilation qu'on n'oserait pratiquer au sein des familles est, rien que par cela même, une opération condamnable.

L'amputation du col atteint d'élongation hypertrophique n'est donc bonne que quand elle s'attaque à sa partie sous-vaginale. Là elle n'offre aucun danger. Nous l'avons nous-même pratiquée plusieurs fois, d'abord avec l'écraseur linéaire, auquel nous avons renoncé, parce qu'il fait une section conique, à sommet supérieur, et que la perte de substance peut aller beaucoup plus loin qu'on ne veut ; pour le remplacer par notre sécateur chauffé au rouge cerise. Après la section, avec un cautère-marteau, nous donnons au moignon une forme un peu ovalaire.

Voici un cas, entre autres, où nous avons emporté à l'aide de l'écraseur la partie sous-vaginale.

Obs. LXXXVI.

Allongement hypertrophique du col avec procidence ; amputation de la partie sous-vaginale du col, au moyen de l'écraseur linéaire ; ablation de 4 centimètres.

Mme X..., propriétaire, rue de Saussure, à Batignolles, 45 ans, mariée à 30 ans ; bonne constitution ; n'a eu qu'un enfant à 32 ans ; s'est toujours bien portée ; a beaucoup travaillé. Depuis deux ans elle est gênée, plus gênée que souffrante, par suite de la procidence du col de l'utérus, qui franchit l'orifice vulvaire. Elle s'est aperçue de cet accident depuis deux ans.

Il n'y a pas abaissement sensible du globe utérin, mais le col, très-long et plus volumineux, entraîne avec lui le plancher vaginal qui se trouve un peu renversé. C'est en février 1864 que je suis consulté par cette malade. Après examen précis et mensuration par le cathétérisme, qui donne 12 centimètres de l'orifice externe au fond de la cavité utérine, je propose l'amputation du col qui est acceptée ; en mars je pratique l'opération avec l'écraseur à chaînette de Chassaignac ; environ 4 centimètres sont emportés ; les suites de l'opération ont été simples, sans aucun accident. Mais la section étant conique, à sommet supérieur, il en est résulté que, par rétraction cicatricielle, la partie sous-vaginale est arrivée à ne dépasser le plancher que de 2 centimètres ; la menstruation s'est bien exécutée les années suivantes. J'ai revu cette dame six ans plus tard, après la ménopause ; l'utérus était atrophié ; le col, devenu petit et conique, faisait à peine saillie au-dessous du plancher du vagin. La malade néanmoins s'est tou-

jours bien portée. Mais j'ai résolu, dès ce moment, que je n'emploierais plus l'écraseur.

Après avoir discuté l'opération imaginée et pratiquée par Huguier, puis modifiée par des chirurgiens étrangers, au point de vue de ses dangers, voyons maintenant quelles doivent être physiologiquement et ultérieurement les conséquences attachées à ces mutilations résultant des procédés plus haut mentionnés.

Le vagin forme à son sommet une voûte au centre de laquelle s'enchâsse l'utérus par son col ; le vagin, dans son attache circulaire sur ce col, qu'il enveloppe en se dédoublant, forme une ampoule, puis s'applique sur le museau de tanche, dont il forme la membrane de revêtement. L'attache circulaire est la clef de voûte, dont les parois et surtout les piliers du vagin sont les supports. Par le procédé d'Huguier, toute la voûte vaginale disparaît. Désormais cette cavité, maintenue par les brides cicatricielles rétractiles et consécutives à l'opération, offrira un plan horizontal à son sommet au lieu d'une voûte, peut-être même un plan renversé en bas. C'est une triste modification de la cavité vaginale qui la prive de ses facultés ordinaires. La vessie peut être fort incommodée par suite des soudures cicatricielles, et je me demande ce qu'il advient, pour la menstruation, quand le reste de l'utérus est enfermé au-dessus du plancher vaginal cicatrisé, si, par exemple, c'est une femme encore en plénitude de fonctions qu'on opère. A tous les points de vues : inconvénients, dangers, résultats incertains, tel est le bilan. Cette mutilation, par l'un ou l'autre procédé, ne saurait se recommander, malgré les succès que peuvent avoir obtenus au delà de l'Océan ou au delà du Rhin nos confrères plus hardis. Le procédé d'Huguier n'a tenté personne en France que je sache. De pareils procédés opératoires sont applicables à l'a-

blation de tumeurs de mauvaise nature siégeant sur ou dans le col utérin et qui menacent la vie. Alors toute opération, pour guérir les malades ou même prolonger leur existence, est permise, surtout quand les malades la sollicitent.

C. — La myotomie utéro-vaginale ignée appliquée a la cure de l'élongation hypertrophique du col et surtout de son élongation.

PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

1° L'élongation est simple ou sans augmentation d'épaisseur des tissus ; 2° elle est hypertrophique ou avec augmentation bien tranchée d'épaisseur et alors elle existe ; 3° sur un utérus en rétroversion, avec prolapsus ou procidence ; 4° sur un utérus sans abaissement réel ni déviation du globe ; 5° l'élongation, hypertrophique ou non, coexiste avec le renversement du vagin, la rectocèle, la cystocèle ou la recto-cystocèle, résultant soit de trop grande laxité des parois vaginales, soit de la rupture du périnée, de la destruction de la cloison recto-vaginale, soit de toutes ces circonstances combinées, soit enfin par la seule traction due à l'allongement du col. Dans les quatre premières catégories, les procédés opératoires que nous allons décrire suffisent grandement à eux seuls pour obtenir une guérison radicale, complète.

Dans l'autre, ces procédés peuvent être insuffisants, et alors les divers procédés d'anaplastie par synthèse ou par exérèse concourent à compléter la cure.

1° Procédé opératoire de l'élongation hypertrophique de tout ou partie du col, ou du col et partie du globe en rétroversion avec prolapsus.

La malade convenablement placée, comme pour une application de forceps, le spéculum est introduit. Après avoir refoulé en arrière, en haut, par la pression de l'instrument, le plancher vaginal de façon à déplisser la paroi doublée et rentrée en elle-même à la face postérieure, sur le cul-de-sac de Douglas, où il y avait invagination; après avoir, par des mouvements refoulants, fait avancer en même temps, dans le champ du spéculum, le col qui aide de la sorte au déplissement, le plancher vaginal et toutes les parois antérieure et postérieure ont repris leur place habituelle sur ou autour du col. Je fais alors deux incisions transverses sur la face postérieure du col, l'une un peu au-dessus de sa jonction avec le globe, qui traverse les plans vaginaux et va entamer le tissu utérin dans la profondeur de 3 à 5 millimètres, et l'autre, parallèle à la première, à 3 centimètres ou 3 centimètres et demi de l'orifice externe, un peu moins profonde.

Suivant la longueur du col, une troisième incision transverse est pratiquée entre les deux précédentes.

J'exécute ensuite, de l'incision supérieure à l'inférieure, deux incisions longitudinales semi-elliptiques, dont les extrémités se joignent, pour abraser après, avec les ténotomes *ad hoc*, une légère couche de tissu entre ces deux dernières.

Cela fait, avec les ténotomes en col de cygne à concavité droite et gauche sur plat, j'exécute, partant de chaque angle de l'incision transverse supérieure, deux incisions obliques, l'une allant de côté en arrière, et l'autre du côté en avant. Chacune d'elles est faite plus profonde

sur le col et plus superficielle sur lespoints du plancher vaginal qu'elle laboure. De cette façon, des angles de l'incision transverse supérieure se détachent quatre autres incisions par paires, deux obliquement dirigées en dehors et en arrière, et deux obliquement en dehors et en avant, — Avec mon sécateur, j'emporte d'un seul coup de 2 centimètres et demi à 4 centimètres du museau de tanche ; et si l'une des lèvres est plus proéminente, cette excision, portant sur l'ensemble du col, la mettra à niveau de l'autre (1).

2° Procédé opératoire de l'élongation hypertrophique avec procidence.

Ce procédé ne diffère pas sensiblement du précédent; en effet, ou la procidence est réductible ou elle ne l'est pas. Si elle ne l'est pas à cause de soudures, de brides établies entre l'utérus et les parties environnantes, le procédé n'est pas applicable. On ne peut que retrancher la portion procidente et libre du col pour, après cicatrisation, maintenir avec un bandage convenable.

Si la procidence est réductible, après avoir réduit, avoir soumis les malades à un repos tel que les organes ne se déplacent plus spontanément ; après avoir fait exécuter pendant quelques jours des injections astringentes, styptiques, résolutives, on s'assure si, comme dans le prolapsus, il y a un degré de rétroversion, ou si la procidence est directe par suite de relâchement général du plancher vaginal, des parois et des ligaments suspenseurs ; et si la vessie, qui avait dû subir au moins un degré d'intorsion, est bien remise à sa place.

S'il y a rétroversion, le précédent procédé opératoire est en tout applicable. — Quand, au contraire, il n'y a

(1) Voir notre observation LXXX, pages 221 et suivantes.

pas rétroversion, que la procidence est directe et perpendiculaire, qu'enfin, après replacement de l'utérus, on ne trouve aucune déviation du globe, le procédé opératoire varie, et voici comment il doit être exécuté :

Il faut faire, un peu au-dessus de la jonction du globe avec le col, deux incisions transverses profondes, une sur chaque côté, droit et gauche. Des angles de chacune de ces incisions on fait partir une incision oblique allant aboutir, l'une un peu en avant sur le côté, et l'autre un peu en arrière, également sur le côté, plus profondes sur le col, plus superficielles sur les culs-de-sac pour ne pas perforer les parois. — Total : 4 incisions obliques. Comme dans ce cas, avec l'élongation hypertrophique de tout ou partie du col ou du col et partie du globe, il y a ordinairement épaississement en circonférence, on pratique perpendiculairement aux incisions transverses une incision longitudinale sur chaque face latérale du col pour aboutir à 2 centimètres de son extrémité vaginale. Et, si on les croit insuffisantes, on en pratique une semblable sur chaque face antérieure et postérieure.

Enfin, avec le sécateur, on retranche d'un coup, comme dans le précédent procédé, de 2 centimètres et demi à 4 centimètres du museau de tanche, pour régulariser la section ensuite, et donner au moignon une forme légèrement ovalaire avec un marteau au rouge cerise.

Mais il peut arriver, et j'en ai deux exemples, que l'hypertrophie ne porte pas uniformément sur toute la circonférence, qu'elle n'atteigne que l'une des faces et qu'elle se poursuive alors en profondeur, sous forme fibroïde, dans la cavité cervicale et même dans la cavité utérine, comme dans mes obs. LXXXVI, LXXXVII et LXXXVIII. Il y a alors une modification à apporter au procédé qui se réduit à celui de l'élongation hypertrophique avec prolapsus; c'est-à-dire que les incisions

longitudinales portent sur la partie hypertrophiée, et sont faites en ellipse pour pouvoir abraser une couche du tissu intermédiaire. Puis, après la section du museau de tanche, on arrive à la modification suivante :

On exerce le cathétérisme du canal cervical avec le cathéter métallique à curseur de la fig. A, page 181. Quand on s'est assuré que le cathéter parcourt le conduit et pénètre dans la cavité utérine, on fait chauffer, au rouge cerise, ce cathéter auquel on a donné la longueur voulue d'après l'exploration, et on enfile le canal en pénétrant dans la cavité utérine.

Un second et un troisième cathéter à curseur, de plus grand diamètre, sont successivement introduits. De cette façon, on obtient une escarrification profonde et une voie largement ouverte jusque dans la cavité utérine. Alors, avec le cautère semi-olivaire de la fig. 24, page 163, chauffé au rouge cerise, le côté plein portant sur la face interne hypertrophiée, on laboure cette face jusque dans la cavité utérine en appuyant fortement.

A ce cautère semi-olivaire on fait succéder, à deux reprises différentes, un ténotome mousse à la pointe, tranchant sur un bord, fig. 8, page 159, et on enfile le canal, le tranchant tourné sur la partie hypertrophiée en appuyant la main.

Le ténotome-truelle, à quatre arêtes, fig. C, page 181, succède au ténotome tranchant et laboure à son tour toute la surface hypertrophiée jusque dans la cavité utérine. Dès les cautérisations avec les cathéters à curseur, il n'y a plus rien à craindre puisqu'on agit sur des surfaces escarrifiées ; enfin, si besoin est, pour la destruction de l'hypertrophie fibroïde, on fait une seconde et dernière application du cautère semi-olivaire, tout le long du col et partie de la cavité utérine.

Toutes ces manœuvres sont absolument sans dangers,

et on peut voir dans nos obs. LXXXVI, LXXXVII et LXXXVIII, où nous les avons exécutées, qu'aucun accident, si léger qu'il fût, n'a surgi.

Ce procédé, au lieu de supprimer la voûte vaginale et partie des piliers, comme dans ceux d'Huguier, de Carles Mayer ou de Mister Walter Whithead, la reconstitue et la maintient en la fixant, par les incisions transverses, à la jonction du col et du globe, et par les incisions obliques qui vont aboutir en haut aux culs-de-sac. Après cicatrisation, il y a une adhérence sur les points incisés, sur la jonction du col avec le globe, entre la portion vaginale du plancher et le globe. Puis, par la rétraction cicatricielle sur les incisions obliques, les culs-de-sac, auparavant abaissés, retournés même, reprennent leur direction et leur résistance, et les piliers ont récupéré, par ce fait, leur puissance de soutien.

Ensuite, l'utérus, incisé transversalement sur la jonction du col et du globe, ou au-dessus, et sur la portion saillante du col, ordinairement la postérieure, puisqu'il y a presque toujours rétroversion dans ce cas ; incisé dans le sens longitudinal du col, et abrasé superficiellement dans cette même partie, se dégorge petit à petit par la suppuration consécutive, et ce dégorgement a lieu en tous sens. On a vu, en effet, que, suivant les cas, il y a des incisions longitudinales, latérales, antérieure et postérieure dans l'élongation hypertrophique sans rétroversion. Par ce dégorgement, l'utérus diminue de poids et de volume. L'invagination qui existe ordinairement dans le prolapsus, par suite du repliement du vagin sur lui-même, disparaît par le mécanisme qu'on va voir et ne pourra plus se reproduire.

En effet, avant d'opérer, en introduisant le spéculum vide, qui reçoit le museau de tanche, on pousse l'instrument graduellement et fortement dans le fond du va-

gin, en lui imprimant des quarts de mouvement de rotation ou de va-et-vient. Par ce moyen, on opère le déplissement du vagin, sa désinvagination. Or, c'est quand cette désinvagination est produite que les incisions transverses, profondes d'un centimètre, qui sectionnent les parois du vagin et vont entamer l'utérus dans l'épaisseur de quelques millimètres, opèrent une soudure qui tiendra désormais la paroi vaginale fixée sur ce point de l'utérus. Jusque-là il y a reconstitution du plancher vaginal soudé sur de nouveaux points et remonté sur le col; il y a, par suite des incisions et excisions dans le sens de sa circonférence, diminution de l'utérus hypertrophié.

De cette façon, j'obtiens : 1° le replacement de la voûte vaginale avec consolidation, par suite des adhérences consécutives: 2° la diminution du volume et du poids de l'utérus hypertrophié; 3° le raccourcissement du col par l'amputation du museau de tanche dans une longueur déterminée. Par suite du dégorgement, l'organe reconquiert sa puissance de contraction.

Donc, le procédé s'attaque aux causes d'affaiblissement de la résistance et rétablit celle-ci, tant dans le plancher vaginal et ses piliers que dans la contractilité utérine; et, de plus, il détruit une des principales causes de descente graduelle de l'utérus, l'augmentation de son poids et volume.

Tout cela est obtenu, grâce à une méthode qui laisse, après elle, les plaies fermées, et fait éviter tous les accidents inhérents aux procédés radicaux d'Huguier, de Carles Mayer et de Mister Walter Withead, c'est-à-dire l'ouverture du péritoine, les lésions de la vessie, l'hémorrhagie et la septicémie putride ou purulente.

Si le procédé opératoire que j'emploie pour guérir prolapsus et procidence avec invagination, avec élonga-

tion hypertrophique du col ou du col et du globe utérin est sans danger et atteint le but projeté, ce que les faits démontrent, j'ai prouvé par là l'inutilité complète de ces mutilations inouïes, qui consistent à amputer le col dans sa partie sus-vaginale, ou le col et une partie de l'utérus. En effet, en faisant dégorger, diminuer le col et le globe par suite des diverses incisions, au moins dans le sens de la circonférence et de l'épaisseur, et en allant fixer plus haut, sur le col, la voûte vaginale, je pare en grande partie déjà à l'élongation hypertrophique. En sectionnant ensuite une partie du museau de tanche, je corrige d'une façon plus tranchée cette élongation.

Enfin, à mesure que s'opère la cicatrisation des diverses sections ou incisions, l'utérus qui reconquiert sa puissance de contraction en tous sens, se rapetisse encore par le fait de ses contractions rétractiles, et aussi bien dans le sens de sa circonférence que dans le sens de sa longueur ou diamètre vertical. En sorte que, après guérison, le museau de tanche, qui était descendu à la vulve par exemple, ou qui l'avait franchie, se trouve remonté à quatre, cinq, six centimètres plus haut et même plus, et c'est à peine si l'indicateur, explorant dans la position debout, peut aller l'atteindre. (Voir notre observation LXXXVIII).

Cette manière d'opérer, par notre méthode de myotomie utéro-vaginale ignée, résume l'anaplastie par synthèse et supprime l'amputation sus-vaginale du col, qui est une mutilation exorbitante et maintenant inutile. Elle se borne à l'ablation d'une portion de la partie sous-vaginale du col, qui est facile, sans danger et suffit pleinement à atteindre le but définitif ou au complément de l'opération.

Enfin, pour me résumer, tandis que les autres procédés opératoires se réduisent à deux modes différents

d'action, suivant le but à atteindre, et exposent les uns beaucoup plus, les autres beaucoup moins, à des accidents de diverses natures, en laissant après leur réussite, même complète, des inconvénients plus ou moins déplorables; les procédés qui découlent de la méthode de myotomie utéro-vaginale ignée, conduisent à une guérison radicale, sans exposer les malades à aucun danger de quelque nature que ce soit, et sans laisser, après la guérison, aucun des inconvénients dont j'ai parlé ailleurs et auxquels je viens de faire allusion.

Le prolapsus et la procidence peuvent être le résultat ou la conséquence de la cystocèle, de la rectocèle ou de l'inversion du vagin.

A leur tour, cystocèle, rectocèle, inversion du vagin peuvent dépendre : 1° de la rupture de la cloison recto-vaginale; 2° de la déchirure plus ou moins vaste du périnée et du relâchement consécutif des parois vaginales, fait d'autant plus accentué, s'il s'agit d'un bassin large. Dans tous ces cas, l'utérus abaissé ou procident a son volume normal, ou il est augmenté de poids et de volume.

S'il a son volume normal, les anaplasties par synthèse ou exérèse, ou les deux combinées, sont propres à maintenir l'utérus réduit, en obviant aux causes de son abaissement. Elles peuvent alors être suivies d'une guérison durable.

Quand l'utérus est augmenté de poids et de volume, surtout d'une façon considérable; et, à plus forte raison, quand il y a élongation hypertrophique, les anaplasties par synthèse peuvent bien maintenir l'utérus dans le vagin, mais elles ne le remettent pas à sa place et laissent telles quelles les altérations de texture. Celles par exérèse, au contraire, peuvent le remonter à son niveau, mais sont impuissantes contre l'augmentation de volume qui sera toujours cause d'abaissement.

Les deux combinées maintiennent mieux l'utérus, mais ne remédient en rien aux altérations de texture.

La myotomie utéro-vaginale ignée, par contre, remplit les deux buts; et si, par aventure, il y a déchirure de la cloison recto-vaginale, qui devienne une cause puissante de prolapsus ou de récidive, il faut opérer la périnéoraphie ultérieurement, un mois après la guérison.

La rectocèle et la systocèle sont ordinairement gueries par mes procédés, comme on peut le voir à l'observation LXXII. Mais il peut arriver que la recto-cystocèle ne soit pas guérie, ou, qu'après avoir été guérie, elle récidive.

Alors je retranche, par la même méthode et le procédé qu'on trouvera décrit plus loin, un lambeau ovalaire, longitudinal, des parois vaginales, pour rétrécir cette cavité et réduire la recto-cystocèle.

PROCÉDÉ POUR L'EXCISION DE CERTAINES PARTIES DE LA MUQUEUSE VAGINALE, EN VUE D'OBTENIR UN RÉTRÉCISSEMENT DE LA CAVITÉ, SOIT POUR AIDER AU MAINTIEN DE L'UTÉRUS RÉDUIT, SOIT POUR RÉDUIRE LA CYSTOCÈLE, LA RECTOCÈLE.

Il peut arriver que l'on soit obligé, malgré la reconstitution et la consolidation des points d'attache du plancher vaginal sur le col utérin, de chercher à obtenir un rétrécissement des parois vaginales par l'excision d'une languette de la muqueuse. Gustave Simons, comme nous l'avons dit ailleurs, fait la colporrhaphie postérieure, c'est-à-dire qu'il enlève un large lambeau muqueux de la paroi postérieure du vagin, puis réunit par première intention. Il veut qu'on excise sur presque toute la longueur de la paroi, sans emporter le lambeau sur toute l'épaisseur, crainte de ne pas avoir une cicatrice solide.

Tracy de Melbourne opère du même coup et par le

même procédé la colporrhaphie postérieure et antérieure.

Outre les quelques dangers de phlegmon avec toutes ses suites et autres, cette opération peut ne pas réussir du premier coup ; la réunion immédiate peut ne pas se faire.

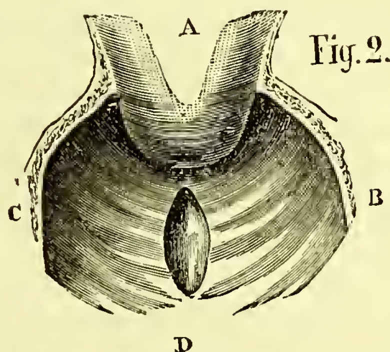
Je lui substitue le procédé suivant, parce que la plaie produite par le fait de l'excision reste une plaie fermée, et qu'ensuite la muqueuse, adossée à elle-même, se soude parfaitement et solidement, comme le péritoine, dont on réunit les lèvres par adossement de la face interne, dans l'ovariotomie.

Avec mon instrument représenté à la figure A, p. 318, je pince un long pli du vagin de façon que ce pli dépasse d'un centimètre la surface des lames serrées, fig. B, page 318. Avec des ciseaux au rouge cerise, j'excise ou plutôt je décapite ce pli dans une hauteur de trois millimètres. La surface excisée est recouverte par l'escarre. Je glisse ensuite sur les lames de l'instrument, au moyen d'une pince *ad hoc*, représentée à la figure 1, page 317, mon compresseur qui va tenir appliquées l'une contre l'autre les lèvres du pli du vagin et remplacer à demeure le constricteur à manche. Je le fixe, je retire ensuite l'instrument constricteur qui a servi de protecteur pour l'excision, et le pli du vagin est maintenu pendant quatre à cinq jours, jusqu'à la chute des escarres. La figure 2, p. 317, représente la boutonnière faite à la paroi vaginale après excision du pli ; la figure 3 représente la serre-fine longue mise en place et maintenant adossées les lèvres de l'excision vaginale. La malade garde le repos au lit jusqu'à cicatrisation complète.

Un tampon de linge imbibé d'huile est mis à demeure pendant vingt-quatre heures ; puis un tampon de char-

pie trempé dans l'eau phéniquée constitue tout le pansement. Quand les escarres sont détachées et que le bourgeonnement cicatriciel se fait, on se contente de faire des injections vaginales à l'eau de son.





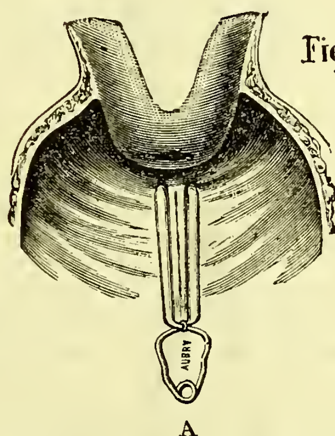


Fig. 1. — Pince porte-serre-fine, appliquant la serre-fine ouverte pour bien saisir les bords de la plaie et la lâchant ensuite pour la laisser serrée.

Fig. 2. — A. Col de l'utérus.
B. C. Paroi vaginale postérieure.
D. Boutonnière après section par les ciseaux.

Fig. 3. — A. Les bords de la section vaginale maintenus réunis par une longue serre-fine après section du pli.

Ce procédé simple et sûr met à l'abri de tous les accidents qu'on peut redouter dans les autres.

Ce procédé d'igni-coupure, en comprimant au-dessous la partie à sectionner, je l'applique à l'ablation des hémorrhoïdes, ce qui abrége la même opération qui consiste à retrancher l'hémorrhoïde après avoir étranglé la base par la ligature; ce qui remplace avec le plus grand succès la destruction par les caustiques, moyen horriblement douloureux, et empêche ou prévient tous les accidents inhérents à ce dernier. M. Richet détruit au fer rouge les mêmes tumeurs en les serrant avec des pinces spéciales rougies. Cette destruction cause de

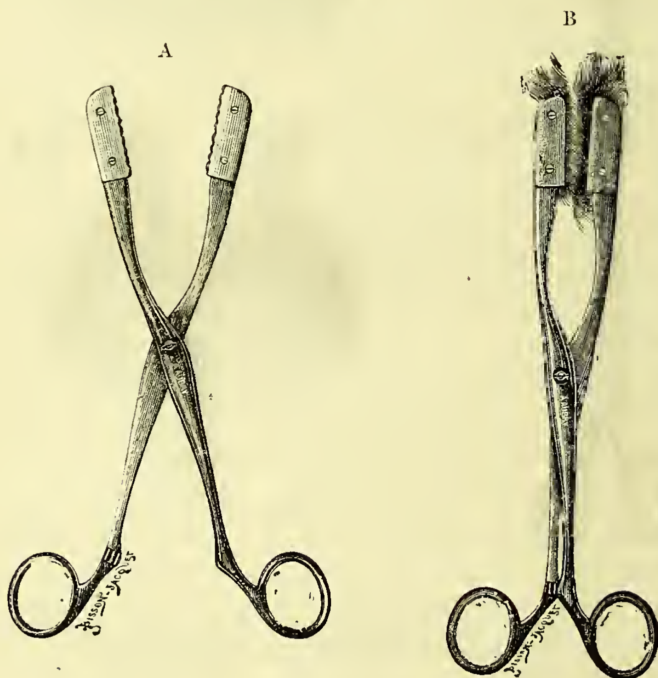


FIG. A. Constricteur ouvert.
B. Constricteur pinçant un pli longitudinal de la paroi vaginale, pli qui doit être sectionné avec des ciseaux au rouge cerise.

grandes douleurs, laisse subsister la partie centrale et peut nécessiter plusieurs applications successives.

L'igni-coupure tranche d'un coup, empêche l'hémorrhagie, prévient le phlegmon et laisse une surface escarrifiée sous laquelle se fait le bourgeonnement de cicatrisation.

L'igni-coupure est applicable à toutes les tumeurs pédiculisées et accessibles. Elle offre alors les mêmes avantages.

L'igni-coupure combinée avec l'igni-poncture peut triompher des tumeurs érectiles, et est destinée à guérir le nævus quand sa situation permet l'application des deux procédés combinés.

Obs. LXXXVII.

ÉLONGATION HYPERTROPHIQUE DE TOUT LE COL ET PARTIE DU GLOBE ; PROLAPSUS UTÉRIN EN RÉTROVERSION AVEC RÉTROFLEXION EXTRÊME DU COL.

Mme Vig..., 26 ans, rue Crozatier, bonne constitution, mariée à 19 ans, a eu un seul enfant à 20 ans. Cette couche fut normale et les suites en furent très-bonnes ; état de santé excellent ensuite pendant quatre ans.

Il y a dix-huit mois, perte, avortement probable ; métrorrhagie consécutive de quatre semaines de durée ; santé redevenue bonne ensuite.

En juillet 1874, chute sur les reins, nouvelle perte ; métrorrhagie qui dure tout le mois. Depuis lors, affaiblissement ; prompte fatigue à la marche, essoufflement, palpitations fréquentes à l'ascension ; endolorissement habituel des aines, augmentant à la marche ; sentiment de pesanteur, de gêne incommode au fondement.

Depuis lors aussi constipation très-tenace. La malade reste quelquefois huit à dix jours sans aller à la garde-robe ; généralement trois à quatre jours. Les garde-robes n'ont lieu qu'après de grands efforts. Deux fois il a été noté l'issue de quelques gouttes de sang par l'utérus à la suite de ces efforts. Il y a une névralgie latérale gauche du septième espace intercostal, de la dyspepsie, une grande tristesse et une irascibilité peu en rapport avec la gaîté habituelle de cette jeune femme avant sa maladie. Hémorrhagie à chaque époque ; leucorrhée abondante dans l'intervalle.

L'exploration directe, faite de toutes les façons, dans la position debout et dans le décubitus varié, fait reconnaître que le globe utérin est descendu

dans l'excavation pelvienne un peu à gauche, en rétroversion sacro-iliaque. Il est plus volumineux que d'habitude, dur. Il pousse en avant et au-dessous de lui un repli du vagin. Derrière ce repli, un peu en haut, on trouve un sillon transversal qui est l'indice de l'invagination.

Le col, recourbé sur le globe, en col de cornue, remonte en haut, en avant et un peu à droite de la symphyse pubienne. Il est en rétroflexion et les lèvres dépassent en haut le niveau du globe abaissé. Le museau de tanche regarde en haut, à droite. La flexion est telle que l'utérus forme bissac.

Par l'exploration vaginale, recto-vaginale et recto-abdominale, je puis m'assurer qu'aucune adhérence n'immobilise l'utérus dans cette position. Le col offre l'élongation hypertrophique dans toute sa plénitude. La vulve et la cavité vaginale, étroites chez cette jeune femme, comme sur une femme qui n'a jamais eu d'enfant, ont empêché la descente et le passage du col à travers la vulve.

Il est probable qu'il y a eu préalablement antéversion, et que l'utérus, pour être prolabé, a passé graduellement de cette dernière à la rétroversion, qui est encore un peu oblique à gauche; et que, dans ce mouvement de rotation à gauche, avec descente du globe, le museau de tanche, appuyant en arrière, à droite, et trouvant une résistance dans les parois vaginales, au lieu de descendre, s'est élevé, en s'infléchissant en avant en haut, pour prendre la forme d'un col de cornue.

L'hypertrophie du col, qui est non-seulement en longueur, mais en circonférence, paraît plus accentuée sur toute la face postérieure et moins sur la face antérieure, à cause de la dépression initiale formée antérieurement en haut par la flexion du col à son détachement du globe. L'hypertrophie se poursuit d'une manière plus tranchée sur la lèvre postérieure, qui fait saillie par la face interne dans le conduit cervical, et au sommet qui dépasse la lèvre antérieure, également hypertrophiée. (Voir fig. 1.)

A l'examen au spéculum, après avoir fait engager le museau de tanche dans le champ de l'instrument avec de grandes difficultés, voici ce que je constate.

Sur cette partie de l'organe, large érosion s'étendant aux deux lèvres; saillie de la lèvre postérieure produite par une induration hypertrophique qui occupe toute l'épaisseur de cette lèvre, ce qui produit dans le canal une saillie qui a imprimé une dépression sur la face interne de la lèvre antérieure, qui est elle-même épaissie, plus volumineuse qu'à l'état normal. L'épaississement ou induration hypertrophique de la lèvre postérieure s'étend et continue avec le reste du col et la partie postérieure du globe. (Voir fig. 2.)

Opération le 20 septembre 1875.

Après avoir introduit le spéculum plein et retiré le mandrin, la face postérieure de l'utérus prolabé se présente au champ de l'instrument et j'aperçois le pli du vagin refoulé en avant par le globe utérin. En poussant directement et fortement en arrière, je déplisse le vagin et distingue le

globe en rétroversion un peu oblique gauche. Aussitôt je fais, un peu au-dessus de la jonction du col, et en arrière, une incision transverse d'un centimètre et demi d'étendue et d'un centimètre de profondeur, et, après

Fig. 1.

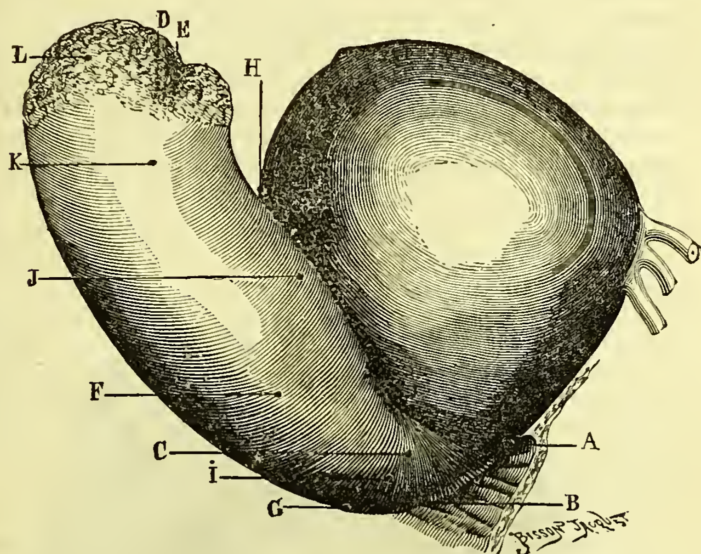


Fig. 1. — Prolapsus de l'utérus en rétroversion oblique gauche avec invagination. Élongation hypertrophique du col. Saillie hypertrophique de la lèvre postérieure. Flexion du col en avant, en haut sur le globe, le museau de tanche dépassant en haut le niveau du globe; 12 centimètres et demi à la mensuration par le cathétérisme du conduit cervico-utérin.

ABC. Invagination avec pli postérieur formé par le globe abaissé.

D. Lèvre postérieure hypertrophiée et proéminente.

E. Ouverture du museau de tanche.

HG. Lignes formant l'angle sous lequel le col est rétrofléchi avant l'opération.

Entre A et B, au point où aboutit la ligne C, incision transverse supérieure après déplissement du vagin et refoulement du globe en haut, en arrière.

C. Sur la face postérieure du col, incision transverse moyenne.

J. Incision transverse inférieure.

De B à J, en comprenant les parties situées entre CIGF, aboutissant à J, deux incisions longitudinales semi-elliptiques au milieu desquelles est faite l'abrasion.

K. Point où a porté la section du col.

celle-ci, une seconde incision transverse moins étendue, mais aussi profonde, un peu plus haut et sur la partie postérieure gauche, de façon qu'elle soit superposée et parallèle à la précédente.

Je pratique ensuite sur la longueur du col et sur sa partie postérieure latérale gauche deux autres incisions transverses à un centimètre et quart l'un de l'autre, et coupant une ligne perpendiculaire qui irait aboutir entre les deux incisions transverses supérieures. Puis, du sommet de cette ligne, je fais partir deux incisions longitudinales semi-elliptiques qui viennent se rejoindre un peu au-delà de la dernière incision transverse, l'inférieure. J'abrase ensuite avec les ténatomes lancéolaire, en spatule et en truelle, les tissus contenus entre les incisions semi-elliptiques, de façon à dépasser en profondeur les rebords des deux incisions transverses. Enfin, avec les té-

Fig. 2.

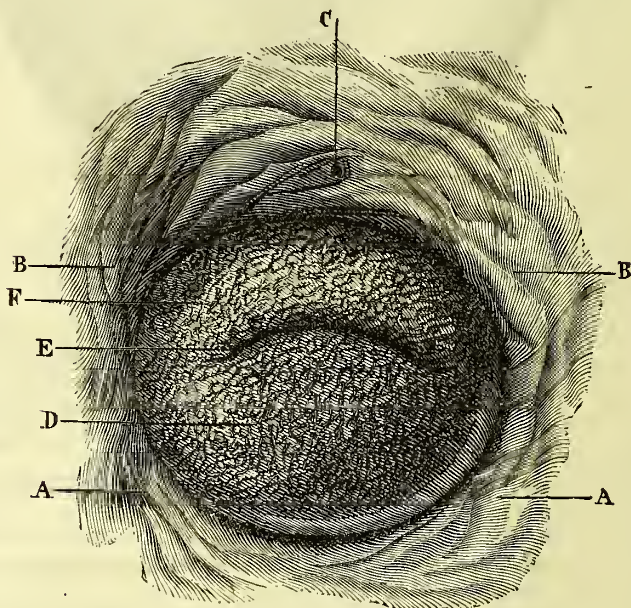


Fig. 2. — Représentant le col de face, le museau de tanche engagé dans le spéculum.

AA. Paroi vaginale postérieure.

BBC. Paroi vaginale antérieure.

D. Lèvre postérieure hypertrophiée et en saillie du museau de tanche.

E. Ouverture cervicale externe.

F. Lèvre antérieure, en retrait, du museau de tanche.

natomes en col de cygne à lames courbes en dehors et en dedans, je fais partir de chaque angle de l'incision transverse supérieure, deux incisions obliques en avant et en arrière, profondes sur le col, superficielles sur les culs-de-sac. Ce sont les quatre angles de voûte qui devront, en donnant plus de fermeté aux piliers, rétrécir la voûte vaginale autour du col. C'est la première partie de l'opération.

Dans le second temps, après avoir, par des mouvements de demi-rotation et de va-et-vient, ramené le museau de tanche au champ du spéculum où il se présente, comme on le voit à la figure 2, j'en opère, avec mon sécateur au rouge cerise, l'excision d'environ trois centimètres de long. Cette excision retranche une plus grande partie du côté de la lèvre postérieure qui proémine et une moindre du côté de la lèvre antérieure.

Après cette excision, je constate encore mieux la saillie faite dans le canal cervical par la partie interne de la région postérieure du col, saillie qui se prolongeait sur la lèvre. Avec le cautère demi-olive introduit, la surface convexe tournée en arrière en bas, j'enfile le canal en appuyant fortement sur la saillie hypertrophique que je détruis par cette cautérisation répétée trois fois, et portée toujours de plus en plus loin. Puis, avec le ténotome quadrangulaire, forme truelle, acéré à la pointe et chauffé à blanc, je creuse encore sur la partie interne et postérieure du canal déjà escarrifiée trois fois avec l'instrument précédent. La face antérieure du même conduit cervical a subi également l'escarrification, par l'action de la partie plate du cautère demi-olive. C'est une escarrification plus superficielle.

Enfin, avec un large marteau chauffé au rouge brun, porté sur les deux tronçons des lèvres, je régularise leur surface. L'opération est terminée, sans que la malade ait perdu deux gouttes de sang et sans qu'elle ait proféré une plainte. Un linge imbibé d'huile est porté sur l'utérus. La malade est replacée dans son lit. Un boyau préparé, garni de glace, est posé sur une compresse double imbibée d'eau froide, placée sur le bas-ventre, et une fine toile cirée recouvre le tout, pour que la malade ne puisse être mouillée ailleurs. Le linge sera retiré au bout de quatre heures; la glace sera renouvelée constamment pendant quarante-huit heures.

21 au soir. Pas de douleurs,— thermomètre à 38° 1/10 — pouls à 90, — un peu de céphalalgie, pas de garde-robes, 15 gr. d'huile de ricin.

22. Evacuation abondante, chute du pouls à 80, thermomètre, 37 6/10. Injections vaginales à l'eau de son, qui seront répétées trois fois par jour pendant quinze jours.

23. Etat saburral de l'estomac, par suite de constipation ; un émétocathartique.

24. Etat excellent, retour de l'appétit. Cessation de la glace sur le ventre. A partir de ce moment, tout se passe bien et le 20 novembre, soixante jours après l'opération, nous pouvons constater la guérison radicale, c'est-à-dire le replacement de l'utérus revenu à sa direction et ses dimen-

sions normales et la cessation de tous les accidents fonctionnels et généraux. Au reste, la figure 3, qui représente, en réduction, l'élongation hypertrophique avec l'inflexion et le prolapsus, montre l'utérus après la guérison radicale.

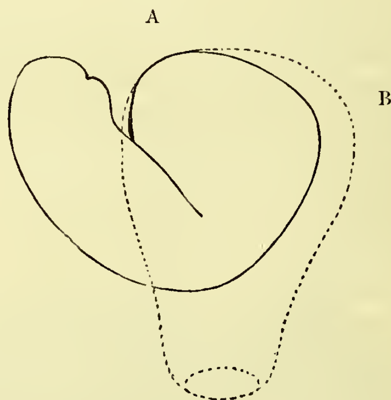


Fig. 3. — Représentant en raccourci :
A. L'utérus avant l'opération.
B. L'utérus après guérison.

Si, en pareil cas, la situation se perpétuant, il survient une inflammation de la muqueuse de revêtement, nul doute qu'il ne surgisse, à un moment donné, une atrésie complète de certaine partie du conduit cervical, d'autant plus que l'inflexion extrême tend à produire cette atrésie, justement sur la portion qui subit la pression, à l'endroit où le col est fortement coudé. Heureusement, chez le sujet de l'observation qu'on vient de lire, les choses étaient de trop fraîche date pour avoir déterminé de pareils désordres.

Ces élongations hypertrophiques, avec inflexion extrême, doivent être soigneusement distinguées des rétroflexions extrêmes de l'utérus, mais sans allongement hypertrophique et sur lesquelles on rencontre, à peu

près toujours, un épaississement sur la partie excurvée du col.

Obs. LXXXVII *bis*.

ÉLONGATION HYPERTROPHIQUE DU COL ET DE PARTIE DU GLOBE AVEC ANTÉFLEXION TELLEMENT EXAGÉRÉE QUE L'UTÉRUS A LA FORME D'UN COLIMAÇON ; OPÉRATION ; GUÉRISON.

Mme C..., bouchère, rue Lafayette, 30 ans, neuf ans de mariage, brune, d'une bonne constitution primitive, ainsi que sa sœur, que je connais ; aujourd'hui amaigrie, pâle, anémiée. Neuf mois après son mariage, accouchement naturel et régulier. Il n'y a rien eu à noter durant la grossesse.

Mme C... s'est levée le sixième jour de ses couches, pour se tenir à sa boutique. Pendant un an, à la suite des couches, elle a été affaiblie, d'une santé chancelante, quoiqu'elle n'eût pas de maladie accusée ; mais elle avait tous les mois une ménorrhagie ou des époques bi-mensuelles, alors peu abondantes, quoique d'une durée relativement longue, sept à huit jours, ce qui ne lui laissait que douze à quinze jours de répit.

Mme C... ne peut rien dire sur la délivrance après couche. Elle ne sait pas si l'arrière-faix a été intégralement amené.

Au bout d'un an de la couche, la santé s'est définitivement et à peu près rétablie, et les forces sont revenues. Néanmoins, il y avait encore ménorrhagie, mais de moins longue durée. Elle ne peut rien dire sur les sensations éprouvées du côté du bassin et de l'utérus, depuis cette date. La seule chose dont elle se souvienne, c'est que chaque époque était précédée d'endolorissement dans le bas-ventre, les aines et la région sacro-coxigienne, endolorissement de plus ou moins longue durée, mais ne disparaissant qu'avec l'écoulement du sang.

Il y a deux ans, elle fut prise de toux et de quelques crachements de sang, sans qu'elle puisse donner d'autres renseignements à cet égard. Seulement, elle ne s'alita pas et put continuer à conduire sa maison de commerce. Elle peut préciser, par exemple, que le crachement de sang coïncidait avec l'apparition des règles ou augmentait à ce moment, et que la toux redoublait. Elle a, à cette époque, reçu des soins d'un confrère, mais sans assiduité, et, à part quelques moments, elle a toujours conservé de l'appétit.

Il y a dix-huit mois, elle a été subitement prise de métrorrhagie, après un retard d'un mois et demi. La métrorrhagie a duré quinze jours, et il y a eu beaucoup de sang perdu ; puis elle a diminué progressivement pour faire place à un abondant écoulement leucorrhéique, les quinze jours suivants.

La malade ne se souvient pas ou n'a pas remarqué qu'elle ait expulsé autre chose que des caillots de sang, durant ou après cette perte.

Dès ce moment, sa santé a été de nouveau détériorée, mais pour se remettre bientôt; la toux a fini par disparaître ainsi que les crachements de sang; mais Mme C... a conservé une abondante leucorrhée.

Jusqu'au 18 juillet 1875, état à peu près satisfaisant, sans que la malade ait pu accuser des troubles accentués du côté de l'utérus, autres que ceux dont il a été question plus haut.

Le 19 juillet, nouvelle métrorrhagie, survenant brusquement cette fois, sans douleur aucune, sans avoir été précédée de rétention des règles. Cette nouvelle métrorrhagie, qui a eu pareillement une durée de quinze jours, a été tellement violente, que la malade, à qui j'avais donné quelques soins précédemment, me demande secours. Je la vois au huitième jour, et, alors, j'examine à fond l'utérus pour me rendre un compte, aussi exact que possible, de ces pertes de sang, qui me semblent menacer sérieusement Mme C....

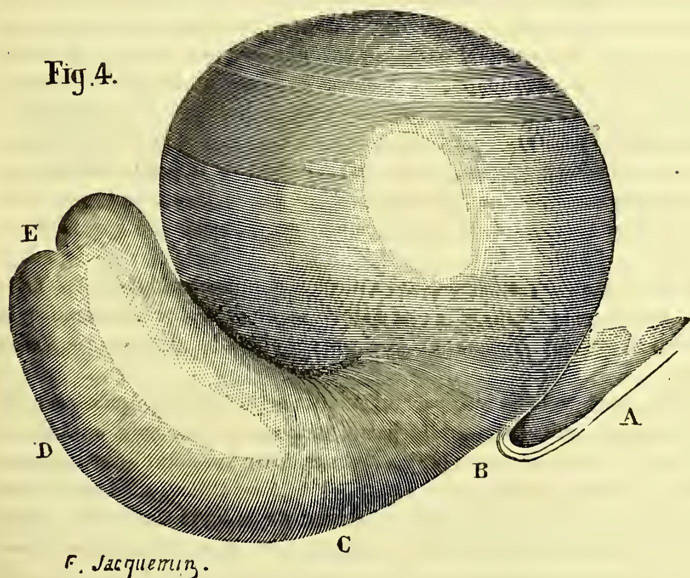
Ce qui me frappe de suite à l'exploration directe avec l'indicateur, c'est le volume exagéré de l'utérus, qui est incliné en avant (en antéversion), et dont je ne distingue d'abord pas le col. En parcourant la face antérieure d'avant en arrière, je finis par retrouver tout à fait en haut et en arrière, à la hauteur du globe, le museau de tanche qui est exactement appliqué sur lui par la lèvre postérieure.

C'est un utérus en colimaçon, le col étant en antéflexion forcée. Cependant, ce col peut être ramené doucement et redressé. Je sens alors que toute la partie antérieure présente une forte intumescence, se poursuivant jusque sur le globe, à sa partie antérieure, tandis que la partie ou face postérieure est aplatie, rentrante sur l'antérieure et paraît relativement plus mince qu'à l'état normal. Comme il y a une certaine dilatation de l'ouverture cervicale, après avoir constaté que la lèvre antérieure proémine, après redressement, sur la lèvre postérieure, en formant comme une intumescence en bourrelet terminal, je puis introduire l'indicateur dans la cavité cervicale, pendant ce redressement momentané, et arriver jusqu'à l'orifice interne. Je reconnais alors et constate, sur toute la face interne de la partie antérieure du col, une tumeur oblongue, délimitée latéralement par la partie postérieure du col, dont elle ne dépasse pas les côtés ; l'indicateur peut même franchir l'orifice interne et s'assurer que cette tumeur, hypertrophique ou fibroïde, se poursuit en nappe et en diminuant, sur la paroi antérieure de la cavité utérine elle-même. Après cet examen, qui n'a pas été sans causer quelques douleurs, je m'occupe à maîtriser l'hémorrhagie. Les réfrigérants, la glace sur le bas-ventre, les injections au perchlorure de fer, la tisane de ratanhia et une potion à l'ergotine, sont les moyens employés à poursuivre ce but. Je calme la toux et arrête les quelques crachements de sang qui ont reparu et qui me paraissent tenir à un point unique et bien délimité, à la base postérieure du tiers supérieur du poumon droit, et dû, comme on le verra plus tard, à une poche hydatique.

Je préviens la malade et le mari qu'il faudra une opération pénible, difficile, pour la guérir, et que cette opération ne pourra être exécutée que

dix jours après la cessation de l'écoulement sanguin. Mme C... a été très-abattue et déprimée par cette nouvelle perte.

Le 10 août, l'état paraissant satisfaisant et tout écoulement de sang ayant cessé depuis cinq jours, je procède à un nouvel examen. Cette fois, secondé par l'introduction du spéculum, dans le champ duquel j'ai beaucoup de peine à faire arriver le museau de tanche, quoique j'aie opéré, immédiatement avant, le redressement momentané du col, je peux voir la lèvre antérieure qui proémine au moins de 2 centimètres, et cette intumescence hypertrophique se poursuit dans le canal cervical. L'ouverture du museau de tanche est grande de plus de 1 centimètre et demi, d'une commissure à l'autre. La lèvre postérieure paraît aplatie, creusée même en gouttière à la face interne pour recevoir la tumeur qui fait saillie sur la face interne de la lèvre antérieure.



A. Invagination ou repli du vagin au-dsssous du ligament utéro-vésical.
B. Jonction du col avec le globe.
C, D, E. Flexion du col sur le globe avec hypertrophie fibroïde de toute la partie antérieure du col et d'une portion de celle du globe.
A et B. Deux incisions transverses supérieures.
C. Incision transverse moyenne.
D. Incision transverse inférieure.
De B à D, les deux incisions elliptiques.
Entre D et E, résection du col.

J'exerce le catéthérisme avec une grande facilité au moyen d'une bougie molle, d'un calibre un peu fort, à bout olivaire, et je peux constater une longueur de 12 centimètres du méat cervical au fond de l'utérus. Il y a donc une élongation, et élongation hypertrophique sur toute une moitié de l'utérus, l'autre moitié, principalement au col, ne paraissant pas participer à l'augmentation de volume.

Le 15 août, opération.

Voici comment je procède : La malade convenablement disposée, après avoir, avec l'indicateur, redressé momentanément le col, introduction du spéculum plein, dont je retire l'embout après avoir dépassé le col de la vessie ; puis introduction de l'instrument à fond et directement. Il se présente alors au champ de l'instrument la face antérieure du col incurvé, jusqu'à la jonction avec le globe. Je presse fortement en arrière, en haut avec le spéculum pour bien refouler la vessie et faire avancer une parcelle de la lèvre antérieure au rebord de l'instrument, ce qui m'indique que je suis dans la bonne direction. Puis je laisse échapper en arrière cette même lèvre pour avoir toute la convexité du col directement en face. Je force alors le spéculum pour repousser la vessie en avant en haut, de façon à faire saillir un peu le ligament utéro-vésical. Je pratique immédiatement deux incisions transverses de 1 centimètre et demi d'étendue et de 1 centimètre de profondeur chaque, un peu sur les côtés de la partie médiane de la face antérieure du col, un peu au-dessus de sa jonction avec le globe, de façon à laisser entre les deux incisions un espace médian de 1 centimètre environ.

Ces deux premières incisions traversent assez profondément les faisceaux musculaires en rubans de la couche superficielle, pour atteindre la couche musculaire moyenne, et c'est presque sur le globe seul qu'elles portent.

Ensuite, sur une ligne qui, partant de la partie moyenne qui sépare ces deux incisions, irait aboutir à la partie moyenne de la lèvre antérieure, j'exécute à 2 centimètres des premières une autre incision transverse aussi profonde et aussi étendue, puis une autre à 2 centimètres de celle-ci et distante de 2 centimètres et demi du rebord de la lèvre antérieure. Avec des cystotomes courbes sur plat, j'exécute deux incisions longitudinales, semi-elliptiques, coupant en haut et en avant la première de ces deux incisions transverses pour aller se rejoindre dans l'espace compris entre les deux premières incisions transverses exécutées sur le corps, et aboutir en arrière, en bas, à la dernière incision transverse en la dépassant un peu. Puis j'abrase les tissus compris entre les deux incisions elliptiques, à une profondeur de 2 ou 3 millimètres.

J'amène alors le museau de tanche directement dans le champ du spéculum, et, mesurant bien la saillie faite par la lèvre antérieure proéminente, je resèque, avec mon sécateur, environ 3 centimètres du museau de tanche. Un catéther métallique à curseur est introduit à froid dans le conduit

cervical jusque dans la cavité utérine. Quand je me suis assuré de sa facile pénétration, je le fais chauffer avec deux autres de calibre de plus en plus gros, et je les introduis successivement pour obtenir l'escarrification de tout le canal, et pour tracer une gouttière sur le fibroïde allongé. Après ces trois cathéters à curseur, j'introduis un cystotome droit, mousse au bout, à tranchant simple, comme la lame du bistouri boutonné, pour diviser, en dépassant l'ouverture cervicale interne, le fibroïde à la partie centrale duquel une gouttière est creusée. A ce cystotome succède un autre ténotome cylindrique qui va labourer jusque dans la cavité utérine. J'ai maintenant de la place pour passer un cystotome triangulaire épais, avec arête forte sur une face, forme langue de carpe. A son tour, il laboure la face interne de la partie antérieure du col et de partie du globe. C'est au tour du cautère demi-olivaire qui est introduit, la face convexe dirigée sur la face interne de la partie antérieure du col et du globe, par conséquent sur le fibroïde, à trois reprises successives. Chaque fois, en pressant fortement sur lui avec la partie convexe de l'instrument, qui est rapidement poussé jusqu'à l'ouverture interne du conduit, je produis une destruction de tissu. On remarquera que, par les incisions semi-elliptiques sur les deux incisions transverses du col et l'abrasion des tissus compris entre elles, j'ai déjà détruit une partie des tissus hypertrophiés de cette portion de l'organe, et que l'action répétée des divers cystotomes et cautères sur la face interne, en portant plus particulièrement sur le fibroïde, a dû détruire une partie considérable de celui-ci et disposer une autre partie, celle plus profonde, à une nécrose consécutive. Après l'introduction d'un dernier cautère semi-cylindrique dans la cavité utérine pour escarrifier une dernière fois les expansions du fibroïde sur la face interne de la partie antérieure du globe, je régularise le museau de tanche avec un large cautère-marteau. L'opération est alors terminée. Introduction d'un linge huilé sur le col, boyau plein de glace sur le bas-ventre nuit et jour. Dans le cours de l'opération, le mari a voulu m'empêcher plusieurs fois de poursuivre, tant il craignait des accidents pour sa femme.

Les trois jours qui suivent l'opération, le thermomètre oscille entre 37°,5/10 le matin, et 38,5/10 le soir ; le pouls entre 86 et 76; absence de toute douleur comme de tout accident. Mme C... a conservé l'appétit et a pu se nourrir. Il a été fait deux injections de lavage par jour.

Le 24, reprise de la toux avec quelques crachats ensanglantés; la malade a conservé dans de l'eau plusieurs petites boules de la grosseur d'un petit pois ou au-dessous. Il y en a six, ce sont des hydatides. Elle raconte alors qu'elle en a rendu déjà en assez grande quantité plusieurs autres fois, mais elle n'y avait attaché aucune importance.

Le 26, cessation des crachats sanglants, pas de nouvelles hydatides expectorées, tout s'est passé sans fièvre.

Le 12 septembre, la malade va toujours bien, lorsque le soir, après des quintes de toux incessantes, elle expectore avec quelques petites boules

une peau repliée, de la grosseur d'une noix, qu'elle a conservée dans l'eau. Cette peau n'est autre qu'une coque membraneuse déchirée. Mise dans un mélange d'eau et d'alcool au 10° et transportée chez moi, je puis me convaincre que c'est bien la paroi de l'hydatide-mère qu'elle a expulsée ; quelques crachats sanguinolents ont suivi, et puis toux et crachements de sang ont cessé complétement.

Le 10 octobre, la guérison de l'antéflexion hypertrophique est complète ; le col est redressé, l'utérus a sa position normale ; le museau de tanche reconstitué avec des lèvres régulières et un orifice d'un demi-centimètre au plus est recouvert partout d'un nouvel épithélium. La malade se lève depuis trois semaines et vaque à ses affaires. Il y a eu deux menstruations depuis l'opération. La première a duré huit jours avec assez grande perte de sang encore; la seconde n'a duré que cinq jours sans perte de sang exubérante. La santé générale est excellente. Sur la base du tiers inférieur du poumon où l'on constatait de la submatité et du souffle à l'expiration, il y a une résonnance normale, semblable à celle du côté opposé, et le murmure vésiculaire a remplacé le souffle.

Depuis cette époque jusqu'aujourd'hui, mai 1876, il y a eu encore deux fois des quintes de toux avec quelques crachats semi-visqueux et rutilants, sans fièvre, et puis la santé n'a plus eu d'autres atteintes.

J'ai pu constater encore, ces jours derniers, que la cure de l'antéflexion avec élongation hypertrophique du col est bien définitive et durable, et que la menstruation, très-régulière, est revenue à la durée de trois ou quatre jours comme avant la grossesse.

Obs. LXXXVIII.

Élongation hypertrophique du col descendu a l'ouverture vulvaire, avec fibroïde sur la face interne de la lèvre postérieure jusqu'a l'ouverture cervicale interne; augmentation de poids et de volume du globe utérin prolabé ; cavité cervico-utérine mesurant 13 centimètres ; opération ; guérison.

Mme Ver...., à Clichy-la-Garenne, 29 ans, bien constituée, à tempérament lymphatique prédominant, a été réglée à 16 ans ; s'est mariée la même année ; a eu deux couches normales. La dernière a eu lieu, il y a douze ans. Levée le troisième jour de cette couche, pendant les grands froids de décembre, elle a pu, sans ressentir d'abord ni troubles ni douleurs, reprendre ses travaux qui sont très-fatigants. A la suite de cette seconde couche, elle est restée cinq mois sans être réglée, ce qui faisait craindre une troisième grossesse. C'était purement une rétention. Quand les règles sont revenues, leur durée a été de huit à dix jours; et, depuis cette époque, la menstruation a toujours eu les caractères de la ménorrhagie ; une dizaine de jours de durée en moyenne, avec écoulement continu de sang. Avant chaque époque, la

malade éprouvait, pendant vingt-quatre à trente-six heures, des douleurs sourdes dans les reins, dans tout le bas-ventre et dans les cuisses. Puis les douleurs disparaissaient avec l'apparition du sang; mais Mme Ver... prétend qu'il en a toujours été ainsi, même avant son mariage. A part une certaine pesanteur vers le vagin, elle avait toujours joui, dit-elle, d'une bonne santé et avait pu exécuter ses travaux sans s'arrêter un jour. Mais elle fait observer que, depuis un an, la ménorrhagie devenait plus abondante, et qu'il lui est arrivé deux fois, à sa souvenance, d'avoir ses règles deux fois dans le mois; c'est-à-dire qu'après avoir perdu dix jours, cessant de perdre ensuite pendant dix à douze jours, le sang revenait et coulait pendant trois ou quatre jours.

Le 10 ou le 11 décembre 1875, Mme Ver... était dans ses époques qui duraient depuis douze jours. Elle travaillait dans ses hangars et dans la cour, par un froid de 7 à 8° au-dessous de zéro, sans crainte de tomber malade et sans prendre aucune précaution. Elle fut prise subitement de violentes douleurs dans le ventre avec frisson initial. Le deuxième jour de ces douleurs survinrent des vomissements, la fièvre persista, le sang coulait toujours. Un médecin de l'endroit vient et donne ses soins à la malade pendant six jours, sans obtenir d'amélioration, sans pouvoir entraver la marche des phénomènes morbides.

Le 17, j'étais appelé auprès de la malade dont j'hésitai longtemps à me charger tellement la position me parut alarmante. Voici en quel état je la trouvai : Face grippée avec teinte subitérique des conjonctives; vomissements continuels ne permettant de rien supporter, pas même quelques gouttes d'eau, et les matières vomies étant liquides, d'un vert porracé; pouls déprimé à 130, 140; agitation extrême, insomnie complète depuis quatre jours; absence de garde-robes depuis trois jours; douleurs vives dans le bas-ventre, surtout dans la fosse iliaque gauche; douleurs exacerbées à la moindre pression et par la toux; voix cassée, craintes de la mort; température rectale 38 8/10e à onze heures du matin; émissions fréquentes d'urine avec cuisson à la fin, et contractions vésicales pour uriner encore; avec cela, une toux fréquente, toux due à une broncho-pneumonie du sommet postérieur gauche.

A l'exploration directe, je constate que le col est descendu à la vulve; que le museau de tanche est béant; que les lèvres sont dures, volumineuses, surtout la postérieure. En explorant le conduit cervical avec l'indicateur, je constate une hypertrophie, forme fibroïde interstitielle, oblongue, occupant la face interne de la lèvre postérieure et de toute la partie correspondante du col, jusqu'à l'ouverture cervicale interne. Tout le col est beaucoup plus long et plus volumineux en circonférence qu'à l'état normal. Le globe lui-même, abaissé et refoulant, en bas, à gauche et en arrière, le vagin, paraît aussi beaucoup plus volumineux. Il est un peu incurvé, de façon à présenter sur la droite, à sa jonction avec le col, un arc à convexité gauche. Le vagin et l'utérus sont le siége d'une chaleur et d'une sensibilité exagérées, et

l'indicateur gauche, remplaçant alors le droit, peut reconnaître, sur le côté gauche du globe, vers sa partie supérieure, une saillie oblongue, renflée à sa partie moyenne, faisant suite à l'organe, qui est d'une grande sensibilité. La main droite, qui presse en même temps sur la fosse iliaque gauche en déprimant les parois abdominales, fait saillir sur ce doigt cette tumeur oblongue, et augmente la douleur ressentie par la malade. C'est l'ovaire gauche qui forme la partie centrale de cette tumeur allongée. A travers tous ces phénomènes, le ventre conserve une certaine souplesse ; il y a absence de météorisme, quoiqu'il y ait des éructations acides incessantes et une fréquente apparition de hoquet. Cette circonstance témoigne que le péritoine pariétal est encore indemne, et que seul, celui du petit bassin, en rapport avec l'utérus et les annexes, est atteint.

Je diagnostique une endo-périmétrite avec ovarite gauche. Je voulais, après pareille constatation, me retirer ou ne donner quelques conseils qu'en présence et avec le concours du médecin qui avait traité la malade. La famille refusa d'une façon absolue, et comme elle voulait nettement me faire assumer la responsabilité d'une situation à laquelle j'étais tout à fait étranger jusqu'alors, j'allais me retirer. Mais le désespoir du mari, ses supplications navrantes finirent par triompher, et alors, après avoir déclaré que je ne répondais pas du salut de la malade, je promis d'employer tout ce qu'il y avait en moi de zèle et de soins éclairés. J'ajoutai, toutefois, que si je parvenais à dominer les accidents, à sauver l'existence, il faudrait ultérieurement une opération radicale pour prévenir des accidents nouveaux et graves qui pourraient surgir encore malgré toutes les précautions. Je faisais allusion à l'élongation hypertrophique avec fibroïde, qui, à coup sûr, donnerait lieu à de nouvelles et incessantes hémorrhagies. Deux applications de sangsues, le tartre stibié à doses fractionnées, la glace à l'intérieur, les cataplasmes de farine de graine de lin, puis les onctions mercurielles belladonnées avec la glace appliquée sur le ventre ; enfin les vésicatoires, les purgatifs salins et la morphine triomphèrent, en trois semaines, de tous ces accidents si formidables. La malade pouvait s'alimenter ; elle n'éprouvait presque plus de douleur, ne vomissait plus depuis une dizaine de jours, mais elle conservait sa constipation. Le 27, le sang continuait à couler, c'est-à-dire que cet écoulement durait depuis plus d'un mois. Quelques injections au perchlorure de fer dilué finirent par l'arrêter, et il fallut recourir tous les deux jours à de petites doses d'huile de ricin pour faire évacuer la malade. Quelques bains, pris à propos, firent continuer l'amélioration. Mme V... pouvait se lever et marcher un peu, mais elle conservait toujours des douleurs dans les aines et dans les cuisses, notamment à droite, où cependant l'ovaire n'avait pas paru atteint. Ces douleurs étaient calmées par le repos au lit ou par la situation allongée sur une bergère ; elles s'exaspéraient par la station debout ou la marche.

ÉLONGATION HYPERTROPHIQUE DE TOUT LE COL ET DE PARTIE DU GLOBE AVEC PROLAPSUS.

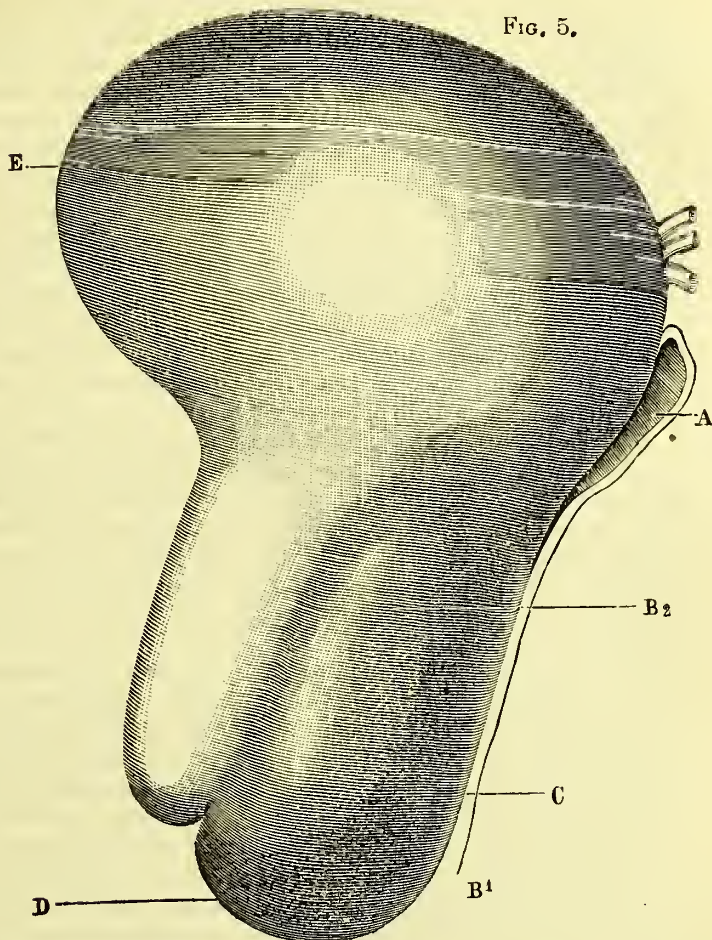


Fig. 5. — A. Point d'invagination à gauche par suite d'abaissement du globe.

B1 et B2. Partie postérieure du col en élongation avec intumescence fibroïde ayant envahi toute la lèvre postérieure D, et se poursuivant jusqu'à A, au-dessus de l'ouverture cervicale interne.

De A à B1, paroi vaginale postéro-latérale gauche.

E. Incurvation en allongement du globe à droite.

Sur le point A, après refoulement du vagin et effacement du pli, première incision transverse, puis seconde incision plus en arrière et un peu au-dessous.

Sur B2 et C, deux incisions transverses.

De A jusqu'un peu au dessous de B2, deux incisions longitudinales semi-elliptiques et abrasion superficielle des tissus intermédiaires.

La ligne C représente le point où a porté la résection du col.

Après un examen direct très-minutieux, il fut aisé de constater que l'utérus, très-volumineux, restait abaissé, le col allant jusqu'à la vulve ; que le globe abaissé inclinait fortement à gauche et tiraillait fortement sur le ligament large de droite où il n'existait aucune tuméfaction. C'est ce tiraillement qui suscitait actuellement les douleurs ilio-fémorales droites devenues plus saillantes. A gauche, la tuméfaction oblongue, à sensibilité exagérée, s'était effacée complétement. Les résolutions de l'ovarite de ce côté s'étaient effectuées ; de là, la rémission considérable des douleurs de ce côté ; une invagination avait succédé de ce côté à la tuméfaction.

Bref, la malade, relativement rétablie de sa grave maladie, mais sentant qu'elle ne pourrait, de longtemps et peut-être jamais, vaquer librement à ses affaires, se décida à subir l'opération. Le cathétérisme utérin, très-difficile à exécuter à cause : 1° de l'impressionnabilité du canal utéro-cervical ; 2° de la présence du fibroïde sur la partie postérieure de ce conduit qu'il oblitère imparfaitement par la contraction de cette partie de l'organe, peut être exécuté cependant à force de tâtonnement et de patience, et donne une longueur de 13 centimètres.

Le 28 janvier, assisté du docteur Dalpiaz, ancien interne des hôpitaux, je procède à l'opération qui est très-longue, très-difficile, et présente de grandes difficultés. La malade demande à être endormie, mais je refuse, parce que les souffrances sont ordinairement presque nulles ; que l'opérée a besoin de seconder l'opérateur dans les diverses positions à prendre ou à modifier ; et enfin parce que l'accusation de sensibilité, à certains moments et sur certains points, est nécessaire pour la bonne exécution des manœuvres opératoires.

La malade, convenablement disposée, le spéculum est introduit ; et, quand le col est fortement engagé dans le champ de l'instrument, en refoulant fortement en arrière et obliquant à gauche, je mets à découvert le globe utérin à sa jonction avec le col, justement sur le point où il est prolabé, et où le spéculum, en refoulant, a déplissé le vagin replié sur lui-même à cet endroit. Une première incision transversale, profonde et de 1 centimètre et demi d'étendue, est pratiquée sur ce point au-dessus de la jonction, puis une incision semblable est pratiquée un peu plus en arrière, de façon que son angle gauche vienne à la partie moyenne de la précédente, à 4 ou 5 millimètres au-dessous. Ces deux incisions, qui devront jouer le rôle d'anaplastie par synthèse, sont destinées à fixer plus haut, en arrière, la voûte vaginale après cicatrisation. De l'angle gauche de la première incision transverse supérieure et de l'angle droit de la seconde, je fais avec les ténotomes en col de cygne, à lames courbées à droite et à gauche, deux incisions plus profondes sur le col, plus superficielles sur le vagin, obliquement dirigées, l'une en avant, l'autre en arrière ; total quatre incisions qui, après cicatrisation, devront compléter l'anaplastie par synthèse, qui, non-seulement reportera plus haut en arrière, le fond vaginal abaissé par entraînement de l'utérus, mais qui devra tendre sur les quatre autres

points la voûte vaginale, qui restera ainsi fixée par suite de perte de substance et d'accollement des surfaces sectionnées, à mesure qu'à la chute des escarres succédera la cicatrisation.

Sur la face postéro-gauche du col, où existe le renflement en saillie correspondant à la tuméfaction fibroïdiforme, le long du canal cervical qu'elle dépasse à son orifice interne, je pratique deux nouvelles incisions transversales de la même étendue et profondeur que les deux autres, une à 2 centimètres et demi de la transverse supérieure, l'autre à 3 centimètres et demi de celle-ci, et distante environ de 2 centimètres et demi à 3 centimètres de la lèvre correspondante.

Deux incisions semi-elliptiques, partant de la transverse supérieure, croisant la transverse moyenne, viennent se réunir un peu en avant de la dernière transverse ou inférieure. Puis, l'abrasion des tissus entre ces deux incisions semi-elliptiques est exécutée avec les ténotomes appropriés. Cette partie de l'opération est destinée à faire diminuer le volume du col et de partie du globe utérin, tout en ramenant le col, à la suite de la cicatrisation, à une position plus verticale.

Deux grandes incisions longitudinales, l'une sur la face antéro-droite du col, l'autre sur sa face postéro-droite, sont conduites de la jonction du col avec le globe jusqu'à 2 centimètres et demi ou 3 centimètres de l'ouverture du museau de tanche. Ces deux incisions, longues et profondes, sont destinées à amener, conjointement avec les précédentes, la diminution du volume du col et de partie du globe en circonférence, par suite de la suppuration et du retrait cicatriciel.

Dans un troisième temps, après avoir parcouru, avec mon cathéter métallique à curseur, le conduit cervical, et pénétré dans la cavité utérine; après m'être assuré ainsi que la manœuvre qui va suivre n'offrira pas grande difficulté, un instrument en tout semblable, dont la tige fait saillie de 8 centimètres hors la boule, chauffé au rouge cerise, enfile le conduit jusque dans la cavité utérine, en appuyant fortement sur la tumeur fibroïdiforme comme pour creuser une gouttière sur elle. Pendant ce temps, le cathéter qui a servi à l'exploration et qui a été fixé au même numéro que celui-ci, est introduit à son tour, au même degré de chaleur, et en suivant, sur la tumeur, la gouttière creusée par le premier. Quatre introductions successives de ces cathéters ont creusé un espace assez considérable au centre longitudinal de cette tumeur, tout en escarrifiant le canal cervical en circonférence. Deux ténotomes à lames droites, à tranchant d'un côté, et dos mousse de l'autre, comme un bistouri, chauffés au rouge cerise, vont sectionner longitudinalement et à plusieurs reprises les tissus hypertrophiés sur les côtés de la gouttière creusée par les cathéters à curseur, et jusque sur l'ouverture interne du canal cervical.

Un ténotome lancéolaire, langue de carpe, et le ténotome quadrangulaire, acéré à la pointe, forme truelle, sont ensuite introduits dans le canal cervical jusqu'au-dessus de l'orifice interne, de façon à labourer encore les

expansions fibroïdes sur divers points. Après ces manœuvres, le canal cervical est largement ouvert, largement escarrifié, tant en profondeur que d'avant en arrière. Avant d'aller tenter la destruction complète de la tumeur fibroïdiforme, je sectionne, avec le sécateur, 2 centimètres et demi du museau de tanche, dont un demi-centimètre seulement porte sur la lèvre antérieure, à cause de la proéminence de la postérieure qui la dépasse.

Mon cautère semi-olivaire, au rouge cerise, est alors porté, la partie convexe dirigée sur la tumeur, en appuyant fortement et labourant d'avant en arrière jusqu'à l'ouverture interne du col. Ce cautère est introduit à deux reprises. Un cautère à roseau enfile à son tour le canal. Après cela, un cathéter à curseur, chauffé au rouge cerise, parcourt une dernière fois le conduit jusque dans la cavité utérine, en appuyant du côté hypertrophié ; et, finalement, avec un gros cautère à marteau, les lèvres sectionnées sont régularisées.

L'opération a duré une heure sans que la malade ait proféré une plainte, sans qu'elle ait perdu quatre gouttes de sang. Elle nous avoue que sa plus grande douleur a été causée par l'introduction du spéculum ; et qu'en somme, la frayeur dont elle a été saisie, en voyant tout cet appareil, a dépassé de beaucoup les souffrances ressenties.

Linge imbibé d'huile sur l'utérus ; glace sur le bas-ventre nuit et jour. Avant d'opérer, j'avais remarqué une teinte ictérique de la face et des conjonctives, qui avait failli me faire remettre l'opération. La malade affirme qu'elle a été tellement impressionnée par l'attente de l'opération, qu'elle en est devenue jaune. Mais, le soir, surviennent des vomissements bilieux, une barre à l'estomac, s'étendant en arrière à droite, à l'épaule de ce côté. Depuis deux jours, la malade n'a pas évacué. A son dire, il lui est déjà arrivé quelquefois d'avoir une légère jaunisse avec les mêmes accidents. A huit heures du soir, le pouls est à 74-76, et le thermomètre à 37 2/10. Il n'y a aucune sensibilité dans le bas-ventre. Il s'agit d'une colique hépathique. Un vomitif, puis quelques purgations successives et la morphine calment et dissipent tous ces accidents en quatre jours.

Le 3 février, toute teinte ictérique a disparu, l'appétit est revenu et il n'y a plus aucun trouble à signaler. Tous les jours on fait des injections de lavage. Règles le 20, qui durent jusqu'au 27, très-abondantes les trois premiers jours.

A partir du 28, pansements tous les deux jours comme après l'opération des déviations utérines.

Le 6 avril, la guérison est radicale. La malade est examinée devant le docteur Dalpiaz, qui m'a aidé dans le manuel opératoire et qui a désiré en voir le résultat ultime. Le museau de tanche est à 7 centimètres de l'orifice vulvaire, mensuration exacte, dans la station debout. Au toucher, il est revenu à peu près au volume normal de la femme ayant eu des enfants, tandis qu'avant l'opération il y avait une grande exagération de volume

en circonférence. Le globe utérin est fortement diminué et remonté. On sent les culs-de-sac reconstitués et le plancher vaginal formant voûte. A l'exploration au spéculum, le museau de tanche se présente directement, recouvert partout d'un nouvel épithélium. L'ouverture cervicale est régulière, forme ovoïde, n'ayant pas plus d'un demi-centimètre transverse. Malgré sa résection de 2 centimètres et demi, le museau de tanche se trouve reconstitué avec les deux lèvres, dont la postérieure est encore un peu plus épaisse que l'antérieure.

Depuis dix jours, Mme Ver... s'est remise à ses affaires, qui sont considérables et demandent beaucoup de peine et de soin.

Le 5 juin, j'ai pu revoir la malade. Sa santé était florissante.

CHAPITRE VI

INVERSION DE L'UTÉRUS

A. — Réduction spontanée. — Tolérance.

L'inversion de l'utérus, produite lentement et graduellement, par conséquent avec un degré de chronicité, ou l'inversion produite à la suite de couches ou de quelque violence, et passée à la chronicité par son existence prolongée, se présentent assez souvent à la pratique. Il nous est donc imposé de traiter cette question avant d'aborder les tumeurs fibreuses de l'utérus qui, parfois, sont compliquées d'inversion utérine, par suite des efforts de contraction répétés et prolongés de la matrice pour expulser la tumeur fibreuse pédiculisée.

Il n'entre pas dans notre cadre de décrire l'inversion ni la manière dont elle se produit ; pas plus que de nous arrêter sur l'inversion qu'on peut appeler aiguë, parce qu'elle survient, subitement, à la suite de couches ou d'autres circonstances.

Nous ne voulons que parler des procédés opératoires, des moyens à employer pour débarrasser les malades, quand l'inversion, par suite de tolérance, est arrivée à la chronicité par la date, ou par son évolution lente et graduée.

La réduction spontanée d'une inversion chronique est-elle possible? des faits admis par quelques-uns, et dont on a même cité des exemples, peut-être peu précis, tendent à en démontrer la possibilité. Mais il est à craindre, nous le pensons comme bien d'autres, qu'il y ait là plutôt le résultat d'une erreur de diagnostic qu'un fait bien rigoureusement observé.

Au contraire, la tolérance qu'ont montrée certaines malades dans des cas d'inversion chronique est constatée par des faits nombreux, irrécusables, authentiques. En sorte que, des malades ont pu vivre avec une inversion dix, quinze, vingt ans, vingt-cinq ans même, sans en être incommodées. On a même cité des cas d'inversion complète, reconnue à l'autopsie, chez des malades dont on n'avait jamais soupçonné pareille infirmité (Lisfranc, *Clin. chirurg.*, 1844). Dans le cas cité par C.-H. Lée (*American journal of méd. science*, 1860), l'inversion resta ignorée pendant vingt-cinq ans, et la malade était si bien, qu'on renonça à la réduire. Dans d'autres cas cités par Grégory Forbes (*Méd. chirur. transact.*, vol. XXXV), dans un cas rapporté par Woodmann (*Obst. transact.*, vol. IX) et dans un cas dû à Mackauzie et figuré dans la *Clinique de Barnes* (fig. 135, pag. 604) la tolérance s'établit.

Il y en a encore bien d'autres dans la science qui démontrent la possibilité de la tolérance. Tels sont ceux de Guyon, — vingt-cinq ans d'existence avec bonne santé (*Journal de médecine et de chir. prat.*, 1861);

Celui de Comstok (*Boston méd. and surg. Jour-*

nal, vol. VIII), où la malade exerça son métier de laitière;

Celui de Dewees (MIDWEIFRY), où la malade jouissait d'une bonne santé, dix ans après;

Enfin, celui de Ramsbaltham, où la malade reconquit de l'embonpoint.

Donc la tolérance est possible et même pas rare. D'autre part, la réduction avec des manœuvres très-variées, suivant les circonstances, est presque la règle à l'état aigu, et assez souvent possible dans les cas chroniques, au moins dans l'opinion des chirurgiens qui ont le mieux étudié la question. Avec de semblables données, l'*ultima ratio*, c'est-à-dire l'amputation ou l'excision de l'utérus inversé doit être une extrême exception. On ne peut se déterminer à entreprendre cette opération que quand la vie des malades est immédiatement et rigoureusement menacée.

Si l'inversion se produit habituellement à la suite de l'accouchement, immédiatement, ou quelques jours après, ce qui est plus rare; il est positif qu'elle peut arriver en dehors des couches et par une action active et spontanée, comme dans l'acte d'expulsion d'un corps étranger, tel qu'un polype dont l'utérus cherche à se débarrasser. Mais, dans ce cas, l'inversion arrive graduellement.

Le pronostic de l'inversion est toujours grave et, d'après Grosse, qui est l'auteur qui a su réunir le plus grand nombre de cas, quelles que soient les circonstances et le degré de l'inversion, la mort surviendrait dans plus d'un tiers, et cela de très-bonne heure, ou dans l'espace d'un mois.

Sur cent-neuf cas par lui analysés, soixante-douze se sont terminés par la mort, la plupart dans l'espace d'une demi-heure; huit entre un et sept jours; six entre

une et quatre semaines. Quand la malade vit un mois, le cas devient chronique et le danger immédiat est moins considérable. Mais, au bout de sept à huit mois, avec la réapparition des règles, le danger renaît. La plupart des malades sont mortes dans l'espace de deux ans.

Si l'inversion survient subitement, est complète, et que l'utérus reste flasque, le danger est extrême. Il est moindre quand l'inversion se produit lentement sous l'influence de l'action spontanée de l'utérus.

La réduction, que l'on ne regardait possible que dans les premières heures, et que l'expérience a démontré réalisable, même dans les cas chroniques les plus avancés, grâce au perfectionnement qui a été apporté dans les manœuvres, la réduction, disons-nous, diminue la mortalité et la diminuera, de plus en plus, à mesure qu'elle sera pratiquée avec habileté et prudence.

Le diagnostic de l'inversion est quelquefois très-difficile, et l'erreur dans le diagnostic entraîne des conséquences terribles. Les hommes les plus expérimentés ont commis des méprises. On peut prendre la tumeur pour un polype, un fibroïde, et l'opération tue alors les malades. Les exemples en sont nombreux. On peut prendre la tumeur pour un second placenta, c'est l'erreur la plus commune. Mais où le diagnostic devient surtout difficile, c'est quand, avec l'inversion, il y a présence d'un polype. On peut alors reconnaître le polype et méconnaître l'inversion. Ces exemples d'erreur fourmillent dans la science.

Nous n'avons à nous occuper ici, avons-nous dit, que des inversions anciennes.

B. — Traitement.

Les moyens de traitement de l'inversion se rangent sous ces trois points : 1° chercher à obtenir la réduction ; 2° l'expectation ; 3° l'excision de la tumeur.

1° Réduction. — La réduction, comme nous l'avons dit, est encore parfois possible dans les cas les plus anciens.

Les manœuvres de réduction diffèrent suivant les cas. La méthode de Montgomery qui, regardant l'inversion comme une hernie, réduit d'abord la partie qui est sortie la dernière, nous paraît rationnelle et raisonnable. Il faut saisir la circonférence de la tumeur près de l'orifice, la comprimer concentriquement et la presser en même temps en haut, en avant et vers un côté. Il faut soutenir la pression pour lasser la résistance du col. Après un temps plus ou moins long, le col se relâche, la partie qui y était serrée le traverse, et le corps et le fond de l'utérus rentrent subitement.

La chloroformisation est un puissant adjuvant pour obtenir la réduction.

Comme la pression doit être soutenue longtemps, et que la main du chirurgien n'y pourrait suffire, il faut, à l'exemple de Tyler Smith, se servir d'un compresseur à air, en caoutchouc, qui presse pendant plusieurs jours et d'une façon continue sur la tumeur et sur le col. Cet auteur a obtenu, par ce moyen, la réduction d'une inver-

sion de douze ans de date (*Méd. chirurg. trans.*, 1858). Pridgin Théale a réduit ainsi, en trois jours, une inversion de six années de date (*Méd. Times and Gazette*, 1859). West a réduit de même une inversion d'un an (*Méd. Times and Gazette*, 1859). Bockenthal a réduit une inversion datant de six ans (*Monatsch. für Geburtskunde*, 1860). Mister James Hakes a réduit, en quatorze jours, une inversion chronique (*Liverpool, méd. and Surg. rapports*, 1865). Schcroder de Bonn a eu un succès dans une inversion de dix ans. (*Berlin, Klin Wochenschrift*, 1868).

Lawson Tait, Borggreve, Marion Sims, Barnes, ont chacun obtenu des succès au moyen de la méthode de la pression continue, soit par une pelote à air, soit par une tige, un pessaire à bilboquet, ou d'autres formes.

Courty (*Maladies de l'utérus*, 1866) a réduit un utérus inversé depuis dix mois et qui avait donné lieu à des hémorrhagies compromettantes. Il obtint ce résultat à l'aide de ses deux mains, et par des manœuvres ingénieusement combinées, alors que le pessaire à air n'avait pu être supporté.

Barrier a réduit une inversion de quinze mois en prenant un point d'appui, en poussant le col contre le sacrum (*Bulletin de l'Académie de médec.*, 1852).

Emet, quand il ne peut obtenir qu'une réduction incomplète par les divers moyens employés, a recours à un procédé un peu difficile, mais qui lui a réussi et qui peut réussir à d'autres. Pour activer la réduction, il ferme l'orifice externe avec des sutures d'argent, de sorte que le fond emprisonné dans la cavité du col tend à dilater la constriction de l'orifice interne. Puis il enlève les fils et pratique de nouveau le taxis (Barnes, *Clinique des maladies des femmes*, p. 619).

Les pressions doivent être faites et soutenues, la plu-

part du temps, pour obtenir la réduction, mais la matrice ne peut guère supporter de manœuvres violentes dans ces cas. Les repoussoirs mécaniques, ou les mains agissant violemment, sont donc nuisibles. Une pression lente, graduelle, soutenue, atteint mieux le but et est beaucoup mieux supportée par l'utérus.

Tandis qu'avec les manœuvres violentes, l'insuccès entraîne souvent la mort des malades, la pression soutenue avec un corps solide ou élastique ne présente pas les mêmes dangers. Si elle ne réussit pas, elle n'aggrave pas la position de la malade. L'incision des lèvres du col renversé est un procédé qui facilite la réduction et auquel il faut avoir recours quand la pression continue reste inefficace. Barnes a fait trois incisions sur le col. Deux suffisent, et lui-meme le reconnaît. C'est sur les commissures que doivent porter ces incisions ; et elles doivent être assez profondes pour diviser toute l'épaisseur des tissus, comme celle que nous pratiquons, quand, pour l'abrasion d'un fibroïde intra-utérin, nous voulons dilater un col qui résiste.

L'irrigation froide continue est un bon moyen pour aider à la réduction d'une inversion de dix à quinze jours de date, et même de l'inversion ancienne.

Barnes propose d'employer un jet d'éther pulvérisé pour exciter les cautérisations.

Dans ce cas, il faut éviter de toucher le col qui doit livrer passage au fond de l'utérus.

2° L'Expectation. — Elle est commandée lorsqu'il n'y a aucun accident menaçant pour la vie de la malade, parce que la tolérance peut alors s'établir, et qu'à l'approche d'un danger, on pourra encore tenter la réduction, et, en cas d'insuccès, recourir à l'opération.

C. — Procédés chirurgicaux.

1° Résultats fournis par les divers procédés tant de réduction que d'ablation de l'utérus.

Voici, pour les inversions chroniques, les six modes de traitement employés, avec leurs résultats respectifs donnés par Barnes :

1° Ligature simple : vingt-six succès, dix échecs. Sur les dix échecs, huit morts ; deux se remirent sans amputation ;

2° Ligature et excision : neuf succès, trois insuccès, tous trois terminés par la mort ;

3° Excision simple : trois succès, deux morts ;

4° Pression soutenue avec un corps solide : plusieurs succès ;

5° Pression soutenue avec un corps élastique : dans huit cas, l'utérus fut replacé. Sur ces huit cas, sept guérisons complètes, une mort (l'état était désespéré au moment de l'opération). Dans trois ou quatre autres cas, on abandonna le traitement ; un peut être porté à l'acquit des insuccès ;

6° Taxis forcé : six succès, quatre morts.

Il découle de ces chiffres que la pression soutenue avec un corps élastique, non-seulement donne le plus de succès, mais qu'elle n'expose pas la vie des malades et

laisse encore après elle, dans les cas d'insuccès bien avérés, la ressource de l'amputation de l'utérus par la méthode la plus convenable, qui, d'après les données ci-dessus, est la ligature simple.

2° Amputation de l'utérus.

L'amputation de l'utérus inversé est une pratique extrêmement audacieuse, qui ne peut être justifiée que par l'imminence immédiate du danger, la menace de mort à bref délai.

Avec de la patience, de la persévérance, et en choisissant la meilleure méthode, on peut, dans la grande majorité des cas, réduire l'utérus inversé, à moins qu'il ne soit maintenu par des brides solides et dont la déchirure serait un danger grave.

Nous venons de démontrer, d'une part, par des exemples nombreux, que les inversions chroniques sont susceptibles d'être réduites, même après des années ; d'autre part, que l'utérus inversé peut acquérir une tolérance telle que quelques malades ont pu vivre longtemps sans en être incommodées, et que, dans quelques autres cas, on a renoncé à toute opération, tant la tolérance était grande.

Donc il faut des motifs de nécessité absolue pour recourir à l'amputation, et cela est tellement vrai que le professeur Thomas a, dans deux cas, pour obtenir la réduction, tenté une opération tout aussi audacieuse que l'amputation elle-même, pour chercher à éviter celle-ci.

Le professeur Thomas a employé, pour obtenir la réduction, des procédés tellement audacieux, qu'il est peu de chirurgiens, chez nous, qui oseraient l'imiter et, cependant, dans l'une de ces deux tentatives, il a sauvé la malade après lui avoir fait courir des dangers inouïs.

Il ne s'agissait que de faciliter la réduction, circonstance qui ne peut absoudre son audace.

Donc Thomas a pratiqué dans ce but la gastrotomie chez deux malades. Après la gastrotomie, au moyen d'un dilatateur en forme d'une baguette à ouvrir les gants, il est allé, dans la cavité pelvienne, dilater les parties rétrécies du col. L'une des malades a succombé.

L'ablation de l'utérus compte, à l'heure qu'il est, plus de cent cas bien connus répartis ainsi :

		Décès.	Mortalité.
13	extirpations irrégulières (rebouteurs, sages-femmes)	8	61 0/0
21	excisions régulières	10	47 0/0
70	ligatures	22	30 0/0
5	cautérisations	3	60 0/0
Total, 100	Ensemble	43	30 0/0

On a souvent combiné deux des méthodes, en particulier la ligature et l'excision. Dans ce dernier cas, la mortalité est moindre qu'avec l'excision simple, mais plus grande qu'avec la ligature.

Ainsi, sur neuf cas traités par l'excision et la ligature et relevés par West, il y a eu trois décès, soit une mortalité de 33 0/0.

Sur huit cas semblables, relevés par Forbes, il y a eu aussi trois décès, soit une mortalité de 37 0/0.

Ces recherches ou résultats de recherches sont dus à M. Denucé, de Bordeaux, à propos de la communication d'un fait, à lui appartenant, à l'Académie de médecine (séance du 9 novembre dernier), et dans lequel l'auteur a fait intervenir l'écraseur linéaire de Chassagnac à titre de ligature, pour avoir une constriction graduelle et à distance.

M. Clintock, après avoir maintenu pendant deux

jours, une ligature sur le pédicule de l'utérus inversé, enleva celui-ci avec l'écraseur linéaire. Partant de ce fait, M. Denucé a pensé devoir appliquer de suite l'écraseur linéaire et arriver au point douloureux de la constriction.

L'écraseur linéaire avait été employé par Aran et par beaucoup d'autres à l'excision plus ou moins rapide de l'utérus, et de nombreux revers s'en étaient suivis. Aran avait perdu lui-même sa malade.

M. Chassagnac avait alors donné le conseil de ne donner à l'écraseur qu'un tour à l'heure, dans ces circonstances. M. Denucé a voulu, chez sa malade, éloigner bien autrement les distances.

Après avoir appliqué l'écraseur, et avoir porté du premier coup la constriction au point où la douleur s'est manifestée, il a arrêté et fixé l'instrument à la cuisse de la malade. Chaque jour, ensuite, il a serré de quelques crans, de quatre en moyenne, en ayant soin de calmer la douleur par des injections hypodermiques. Le dixième jour, le pédicule s'est détaché et la malade a guéri.

La fin justifie certainement le moyen, mais l'exagération de l'espacement entre les constrictions est peut-être inutile. En tous cas, c'est là une constriction extrêmement graduée.

La menstruation dans le cas d'excision, surtout quand les ovaires restent à l'état normal, doit avoir, aux époques, quelques phénomènes correspondants. Il s'établit effectivement alors une hémorrhagie ou une congestion supplémentaire des règles. Chez la malade de M. Denucé il a été noté une entérite sanguinolente.

Chez les malades où les deux ovaires ont été enlevés, on a noté un mouvement fluxionnaire des organes du petit bassin. Storet nota, sur une femme qui avait subi cette opération, et vingt-six jours après les dernières

règles, un écoulement de sang par le vagin, accompagné d'un sentiment de lassitude et de céphalalgie. Péan, dans un cas semblable, a observé, à deux reprises, un suintement sanguin par la vulve et le pédicule; et chez d'autres malades à qui ce chirurgien avait enlevé également les deux ovaires, les phénomènes se sont bornés à des symptômes de congestion du côté de la tête et du bassin. (*Gazette médic. de Paris*, 13 novembre 1875, de Ranse.)

Il ressort assez clairement de tout ce que nous venons de dire que, dans l'inversion chronique, ou la tolérance s'est établie et la vie des malades n'est pas menacée, et alors il faut s'abstenir; ou que, la tolérance établie, il arrive un moment où la vie des malades est sérieusement et rapidement menacée ; alors il faut essayer d'obtenir encore la réduction par les divers procédés que nous avons décrits. Et si, malgré tout, on ne l'obtient pas et que la vie de la malade soit en danger imminent, il faut recourir à l'amputation, en ayant recours au procédé qui a donné jusqu'ici les meilleurs résultats, c'est-à-dire la ligature.

CHAPITRE VII

TUMEURS DE L'UTÉRUS

Ces tumeurs sont bénignes ou malignes. C'est la distinction la plus pratique, quoiqu'il y ait des intermédiaires qu'on ne peut exactement classer dans ces deux catégories.

L'histologie, les caractères cliniques et leur siége servent à les distinguer. D'ordinaire, les tumeurs bénignes affectent le corps de l'utérus et les malignes le col.

Cette distinction, pour le siége des tumeurs, est conforme à l'observation, quant aux tumeurs malignes que l'on rencontre exceptionnellement sur ou dans le globe utérin.

Mais si le col est le siége de prédilection de celles-ci, il est peut-être aussi fréquemment que le corps, sinon plus, le siége de tumeurs bénignes, ne serait-ce que par la fréquence des polypes de toutes sortes qui y prennent naissance et s'y développent, et des tumeurs hypertrophiques ou fibroïdes qu'on y rencontre.

A. — Tumeurs bénignes.

1° Fibroïde.

Le fibroïde, dénommé corps fibreux, fibrome, fibromyome, hystérome, est, de toutes les tumeurs de l'utérus, la plus fréquente, et, en même temps, la plus bénigne quant à sa nature.

Voici la composition du fibrome, d'après Robin :

« Les fibres cellules musculaires sont plus grosses que celles de l'utérus à l'état de vacuité, mais plus petites que celles de l'utérus gravide. Elles constituent un quart ou une moitié de la masse morbide ; on y trouve aussi une grande quantité de matière amorphe, finement granuleuse, tenace, demi-solide, qui unit les fibres du tissu cellulaire et les fibres cellules. »

Sa fréquence augmente à mesure que la femme se rapproche de la ménopause. Le fibroïde se développe partout où il y a des fibres musculaires, dans le ligament large, dans le vagin, plus fréquemment sur le corps de l'utérus ; il se montre également sur le col. Sur cette partie de l'organe, surtout à la lèvre antérieure, on trouve souvent une forme de fibroïde qui, dépourvu de capsule, fait continuité avec le tissu et déforme d'une façon plus ou moins notable cette partie de l'organe. Plusieurs de ces tumeurs affectent la forme de polypes fibroïdes, ou tumeurs hypertrophiques, acquiè-

rent quelquefois un volume considérable, même quand elles siégent sur le col cervical, dans le vagin.

Le fibroïde de l'utérus est sous-muqueux, s'il est situé à la face interne de l'organe ; sous-péritonéal, s'il occupe sa face externe. Sa forme est variable, pour divers motifs, quoiqu'au début il soit préalablement et toujours arrondi. Son développement, qui peut être long ou rapide, est, suivant probabilité et en grande partie, soumis à l'influence de l'action des ovaires. Le nombre des fibroïdes et leur volume sont très-variables. Généralement ils n'augmentent plus après la ménopause ; quelquefois ils s'atrophient à cette époque, suivant, en cela, la réduction atrophique de l'utérus. Il y a cependant des exceptions où l'on voit qu'ils continuent à croître.

La tendance des fibrômes à l'expulsion spontanée, aussi bien pour les sous-muqueux que pour les sous-péritonéaux, est démontrée par leur saillie à la surface de l'utérus ; par leur pédiculisation qui, une fois produite, en forme des polypes, et par leur détachement du corps utérin.

L'expulsion spontanée du fibroïde est certainement due à la contraction active de l'utérus ; mais une autre cause qui peut intervenir, c'est le trop grand développement de la tumeur par rapport à la capacité de la cavité utérine.

Si cette tendance existe aussi bien pour les fibroïdes sous-muqueux que pour les sous-péritonéaux, le fait accompli est bien plus fréquent pour les premiers que pour les derniers, sans qu'il soit nécessaire d'en énumérer les causes.

Le professeur Turner (*Edimb. med. journ.*, 1861), qui a étudié soigneusement cette question, explique ainsi le détachement des tumeurs sous-péritonéales :

« Si la tunique séreuse d'une tumeur sous-péritonéale est prise d'inflammation et contracte des adhérences avec les organes voisins, elle est, par cela même, placée dans des conditions favorables pour se séparer de l'utérus. Cette séparation est d'autant plus probable si la tumeur se soude à un organe qui, comme la vessie ou le rectum, change continuellement de situation.

« Les alternatives de distension et de contraction de ces viscères exercent nécessairement sur la tumeur des tractions considérables, qui tendent à allonger le pédicule; enfin, si cette action dure assez longtemps, la tumeur peut arriver à se détacher complétement. Si même elle est fixée à un point immobile, comme le pubis, ou sur la paroi du bassin, et que la femme devienne enceinte, l'utérus, en se développant et en s'élevant dans l'abdomen, pourra exercer sur le pédicule une traction assez forte pour l'amincir et le faire céder. L'engagement de la tumeur entre les anses intestinales qui descendent si souvent dans le bassin, si même elle ne contracte aucune adhérence, pourra, pendant les mouvements péristaltiques des intestins, exercer une certaine traction sur la tumeur, surtout si le pédicule se trouve tendu.

« Lorsque les tumeurs deviennent très-grosses et très-denses, lorsqu'elles subissent la dégénérescence calcaire, même sans se souder à aucun organe, leur propre poids peut contribuer à l'amincissement du pédicule. Mais, en acceptant ce mécanisme comme une cause de séparation, nous ne devons pas oublier la pression constante qu'exercent les parois et le contenu de la cavité abdominale les unes sur les autres. »

Il y a des myômes qui ne sont point des fibroïdes; ces tumeurs affectent presque exclusivement le corps de l'utérus; elles sont plus molles, plus musculeuses; elles ont

plus de tendance à devenir fibro-kystiques (Barnes); elles sont plus vasculaires; elles sont susceptibles de s'enflammer plus facilement, de se nécroser et de causer la septicémie ou la péritonite.

Il est des fibroïdes récidivants qui, par cela même, se rapprochent des tumeurs malignes. On en a cité beaucoup d'exemples. Dans quelques-uns, il s'agissait de sarcome; dans d'autres, de tumeurs érectiles de l'utérus, d'encéphaloïde. Nous-même avons observé un cas de cette espèce, celui de Miss G..., dont nous aurons à parler ultérieurement.

La conversion des fibroïdes en squire ou en cancer a été admise; nous la repoussons d'une façon absolue, parce que ni fait bien précis, ni raison bien plausible, ne militent en faveur d'une telle opinion. Si l'élément cancéreux se développe au sein de la tumeur, c'est une immixtion et non une transformation.

Tel est le cas de Miss G....

Les fibroïdes peuvent décroître, sinon disparaître complétement, par régression, et cela a surtout lieu vers la ménopause. Après quelques années de la constatation de leur existence, on est tout étonné de les trouver, dans un examen ultérieur, et, après un espace de temps prolongé, diminués énormément et inertes. (Voir l'obs. XCI.)

Le même fait peut avoir lieu au cours d'une grossesse, soit par compression, soit de toute autre façon.

En voici un exemple frappant :

Obs. LXXXIX.

Régression d'un volumineux fibrôme sous-péritonéal, a la suite d'une grossesse menée a bonne fin.

Une dame G..., charcutière, était atteinte d'un fibrôme sous-péritonéal d'une grande dimension, deux fois le volume de la tête d'un fœtus à terme.

Elle avait 45 ans quand je la vis pour la première fois et pus constater le volume da la tumeur et sa disposition dans la cavité abdominale, où elle remontait jusqu'à l'ombilic. Mme G... avait cessé d'être réglée depuis un an. Je la soignai pendant trois ans et ne constatai pas une diminution sensible de la tumeur. Après ce laps de temps, je la perdis de vue pendant dix-huit mois. En 1860, elle vient me voir et me raconte qu'elle se croit grosse. Il y avait alors cinq ans qu'elle avait subi la ménopause. J'accueillis sa communication par un éclat de rire, quoiqu'elle m'assurât qu'elle avait perçu distinctement les mouvements du fœtus depuis plus d'un mois.

Cette femme avait eu quatre enfants, dont le plus jeune, âgé de 22 ans, venait de se marier ; elle prétendait donc bien connaître les mouvements du fœtus. Elle se retira après mon hilarante incrédulité.

Quinze jours après, elle revient me voir dans un état de profond désespoir. Elle me déclara que si je ne veux pas l'examiner, pour lui dire si oui ou non elle est enceinte, elle ira consulter le professeur Paul Dubois.

Le lendemain, je l'examine dans son lit. A la palpation, je sens effectivement les mouvements, les sautillements d'un fœtus vigoureux et ayant environ six mois. Je déclarai donc qu'il y avait grossesse avancée. Cette grossesse était donc survenue après cinq ans de suppression menstruelle et dans les conditions que l'on sait.

Mme G... mena sa grossesse à terme. Dans le dernier examen, j'avais cru pouvoir préciser que le fibroïde, comprimé par le développement de l'utérus, était aplati comme une galette et refoulé dans la fosse iliaque et le flanc droits. Je fus retenu pour l'accouchement. Je craignais de me trouver en présence de grandes difficultés. En janvier 1861, le travail de parturition commença et suivit une marche normale. L'accouchement se fit naturellement. Mme G... mit au monde un gros garçon, ce qui fit disparaître le désespoir qui s'était emparé d'elle, autant par une sorte de honte que par la crainte des dangers. Les suites de couches furent des plus heureuses. Après le rétablissement, je pus m'assurer, par une palpation aussi exacte que possible, que le fibrôme était aplati comme une galette et n'occupait que le côté de la fosse iliaque droite. Il avait donc subi la régression. Cette femme, doublement heureuse aujourd'hui, puisque son fils a 16 ans et que son fibrôme a diminué encore, vient me voir de temps en temps.

La dégénérescence graisseuse des fibroïdes est la plus commune. Ils peuvent également subir la transformation pierreuse ou osseuse, et ce n'est pas rare.

Une des preuves que la tumeur sous-muqueuse ou polypoïde est recouverte d'une muqueuse plus vasculaire

qu'une muqueuse simple, c'est que l'ablation de la tumeur par la ligature autour du pédicule, la section de celui-ci par l'excision ou l'écrasement mettent un obstacle à l'hémorrhagie, en faisant cesser les communications vasculaires de la muqueuse utérine avec celle d'enveloppe. Là est la démonstration de la plus grande vascularité de cette dernière, puisqu'avant la section ou séparation, les hémorrhagies sont fréquentes.

Dans les fibroïdes intersticiels, au contraire, il y a hémorrhagie plus ou moins abondante à chaque époque, parce que le col, après la période de congestion, et quand la matrice s'est efforcée, par contraction plus ou moins énergique, d'expulser la tumeur, reste béant et inerte comme le globe lui-même, et que, pendant plus ou moins longtemps, cette inertie donne lieu, comme après l'accouchement, à un écoulement considérable de sang. Aussi le meilleur moyen d'arrêter cet écoulement immédiat est le seigle ergoté.

Les corps fibreux intra-utérins sont de toutes les productions fibreuses de l'utérus, sinon les plus graves, au moins celles qui conduisent plus rapidement à des accidents qui peuvent devenir funestes pour les malades.

En raison des hémorrhagies que les corps fibreux intra-utérins suscitent; en raison des autres accidents auxquels ils donnent lieu ensuite et que j'ai énumérés, ils doivent être enlevés aussitôt qu'ils sont reconnus, si cela est possible.

Avec l'augmentation du volume de l'utérus, ces fibroïdes peuvent entraîner tous les genres de déviations et de flexions, tous les déplacements. Ils peuvent même déterminer l'inflexion de l'organe, et ces cas ne sont pas rares.

Par la congestion qu'ils déterminent, ils peuvent donner lieu à l'endométrite chronique, à l'hypertrophie

de l'utérus et au développement d'excroissances dans le col. Ils peuvent déformer l'utérus par leur situation sur le côté ou ailleurs ; et le col, qui est indemne le plus souvent, peut être tordu, aplati, contourné. L'utérus peut être tordu sur son axe; puis, l'action des fibroïdes l'entraînant en circonduction par tiraillement, cette action de circonduction peut porter spécialement sur le col, qui, s'allongeant par suite de traction circonductive, peut arriver à se tordre sur lui-même en spirale. Les fibroïdes peuvent déterminer les hémorrhagies, l'usure, l'ulcération des parois utérines ou sous-muqueuses ; et, quand ils sont sous-péritonéaux, ils donnent quelquefois lieu à la péri-métrite et même à la péritonite. Ils sont, dans l'accouchement, une des causes fréquentes de dystocie, et, par la compression des organes voisins, ils peuvent déterminer des accidents mortels, tels qu'une obstruction intestinale invincible, où l'on retrouve tous les accidents de la hernie étranglée. Des sciatiques symptomatiques ou d'autres névralgies sont dues à la compression du plexus sacré par ces tumeurs. Enfin, par suite de leur inflammation ou de leur nécrose, il peut surgir de la septicémie putride ou purulente.

Exploration. — Pour reconnaître le fibroïde sous-muqueux il faut, et c'est le meilleur moyen, l'exploration directe par l'introduction de l'indicateur dans la cavité utérine au moment des règles, où le col se dilate. A l'aide de ce moyen, on peut aller préciser son volume, sa forme, ses rapports, son ou ses points d'insertion. Les autres moyens sont adjuvants ou secondaires. Par l'exploration vaginale, rectale, ou recto-vaginale à la fois, on ne peut avoir que des notions sur le volume, la forme et la situation. Quant aux fibroïdes intersticiels, c'est la même chose.

Le cathétérisme utérin pourra bien indiquer si la cavité est libre et sur quelle partie et quelle étendue elle est libre. Il pourra bien indiquer, dans une certaine mesure, dans quelle étendue le fibroïde fait continuité avec la paroi utérine, mais le doigt seul pourra donner les notions exactes et précises, de même que lui seul peut guider, dans le cours de l'opération, les instruments qui doivent être portés dans la cavité, pour opérer les sections ou incisions nécessaires à l'ablation ou destruction des tumeurs.

Pour se rendre un compte aussi exact que possible à l'égard des fibroïdes sous-péritonéaux, de leur volume, de leur situation, des adhérences, etc., c'est à la percussion, à la palpation abdominale, à l'exploration utérine et rectale, ou utéro-rectale avec les doigts, et en variant les positions des malades, qu'il faut recourir.

2° Terminaisons ou guérisons spontanées des fibroïdes.

1° Atrophie au moment de la ménopause, ou en d'autres moments, surtout par résorption;

2° Dégénérescence calcaire ou osseuse ;

3° Gangrène ;

4° Expulsion spontanée.

Tels peuvent être les terminaisons heureuses des fibroïdes sans intervention de l'art, mais terminaisons exceptionnelles. L'un des phénomènes ou des accidents les plus fréquents dus aux fibroïdes, et auxquels il faut parer, au moins temporairement, sont les hémorrhagies. En dehors des moyens médicaux qu'on dirige contre elles, voici les applications locales qui ont le plus de chances de succès. Ce sont les styptiques très-strictifs qui en forment la base, tels que le perchlorure et le persulfate de fer, les acides chromique

et nitrique, qui sont les strictifs par excellence. La teinture d'iode n'a qu'une valeur bien secondaire. Ces styptiques doivent être portés sur la muqueuse utérine, et, pour cela, il faut souvent inciser les lèvres du col ou dilater, ou quelquefois employer les deux pour pouvoir porter les styptiques sur la muqueuse. Il est à noter que l'incision ou la dilatation peuvent, à elles seules, faire cesser quelquefois l'hémorrhagie. Quand le volume, la situation de la tumeur et la dilatation du col le permettent, le fer chauffé au rouge cerise est encore le meilleur moyen de se rendre maître du sang. On doit y recourir au moins quand les styptiques sont restés insuffisants. (Revoir aux pages 235 et suivantes ce que nous avons dit sur les procédés ou moyens d'arrêter les hémorrhagies.)

3° Moyens de débarrasser les malades des fibroïdes.

Ces moyens sont de deux sortes : les uns tendent à la destruction de la tumeur, à son élimination par inflammation ou nécrose, à son expulsion ; les autres consistent à les enlever par section avec la ligature, l'écraseur linéaire ; à les énucléer ou les avulser avec l'instrument tranchant ; enfin à amputer l'utérus par la gastrotomie.

De là la nécessité de considérer les fibroïdes, au point de vue opératoire, suivant qu'ils sont sous-muqueux ou sous-péritonéaux.

Occupons-nous d'abord des fibroïdes sous-muqueux ou intra-utérins.

Ils sont encapsulés et non pédiculisés ; ils sont pédiculisés ou polypoïdes ; enfin, ils sont intersticiels ou pariétaux, et le tissu qui les compose dans leur trame se confond et fait suite aux fibres de la paroi utérine, dif-

férant du tissu de celle-ci par sa plus grande dureté et sa vascularité.

Ceux qui sont encapsulés, quoiqu'ils exposent aussi à des accidents sérieux, peuvent être éliminés spontanément par suite des contractions énergiques et répétées de l'utérus, soit à la suite des couches, soit en dehors de celles-ci.

C'est par une sorte d'énucléation du fibrôme, enfermé comme un kyste dans les parois, qu'a lieu l'expulsion, à force de contractions utérines. Tel est le cas dû à M. le docteur Julien et rapporté, dans la séance du 27 mai 1868 de la Société de chirurgie, par M. Depaul. Ce fibrôme dur, arrondi, que M. Depaul regardait comme un monstre anidien et reconnu par M. Robin pour une tumeur fibreuse, avait été senti par le docteur Julien, qui débarrassait de caillots sanguins la cavité de l'utérus d'une femme récemment accouchée, et n'avait pu être extrait par lui. Quatre jours après, l'utérus l'expulsait à force de contractions. (Voir notre obs. LV, page 148, comme un autre exemple.)

On cite bien des cas de polypes intra-utérins compliquant des grossesses et qu'on a pu extraire avant l'accouchement, sans que la marche de la grossesse ait eu à en souffrir; on cite également d'autres cas où on a pu extraire les corps fibreux après l'accouchement. Mais il s'agit presque toujours de corps fibreux pédiculisés et non de fibrômes intersticiels. Et, si parfois les corps fibreux intersticiels n'empêchent pas une ou plusieurs grossesses d'arriver à terme, il arrive aussi que ces corps fibreux sont toujours une menace, d'autant plus terrible pour les malades que l'art reste alors généralement désarmé à leur endroit.

Les fibroïdes encapsulés peuvent également, soit à la suite d'inflammation, soit à la suite de nécrose, se dé-

tacher et être expulsés de la cavité utérine comme corps étrangers ; enfin, l'art peut intervenir utilement pour en opérer l'énucléation, ainsi que l'ont tenté avec succès Velpeau, Amussat et d'autres.

Les procédés opératoires diffèrent donc essentiellement, suivant que l'on se trouve en présence de l'une de ces trois variétés. Pour les fibroïdes incapsulés et non pédiculisés, il y a trois procédés opératoires applicables.

Une fois découverts, et après incision et dilatation du col, on cherche à les attirer au dehors avec une pince à griffes, et on essaye de les énucléer en déchirant leur capsule sur le bord qui tient à l'utérus, ou en faisant des incisions avec des ciseaux. Les tractions combinées alors avec les incisions peuvent entraîner la tumeur au dehors. Ce résultat une fois obtenu, on fait ou l'énucléation, en déchirant la capsule, ou l'abrasion par dissection. On peut même, sur un ou deux doigts introduits dans la cavité utérine, porter un ténotome mousse à la pointe en le guidant avec le doigt, et aller sectionner la capsule au point d'adhérence, puis énucléer la tumeur avec les ongles des doigts agissant comme instruments. Ce procédé est toujours réalisable; mais il devient nécessaire quand la tumeur ne peut être attirée au dehors.

L'ablation de toute ou partie de la tumeur, soit par ligature avec le fil métallique porté sur elle, soit avec l'écraseur linéaire, si on peut l'adapter, constitue encore un procédé très-usité. Mais l'écraseur aurait cet inconvénient, s'il embrassait la base de la tumeur, de porter, en progressant dans son action et par une section conique, sur la paroi utérine, qu'il pourrait plus ou moins intéresser et même perforer. La ligature est difficilement applicable aussi, et, comme il faut l'introduction de l'indicateur dans l'utérus pour aller diriger ou porter les fils d'argent ou de chanvre de cette ligature, je

préfère l'action de ce même doigt pour énucléer ou pour guider le ténotome qui doit sectionner.

Quand on ne peut emporter qu'une partie de la tumeur, ou la cicatrice peut avoir lieu sur place, mais l'hémorrhagie est arrêtée ; ou une inflammation peut s'emparer du reste de la tumeur et entraîner sa nécrose. L'inflammation peut s'étendre aussi aux parois utérines et entraîner la pyohémie.

Enfin, un autre procédé est applicable aux tumeurs trop volumineuses pour pouvoir traverser le bassin. On le dénomme : procédé par allongement spiral. Il consiste à saisir avec une pince à griffes la partie la plus saillante de la tumeur, pendant qu'un aide presse sur le bas-ventre pour faire chavirer l'utérus, et à l'attirer tout près de la vulve pour faire plusieurs incisions spirales ou obliques. Sous l'influence de ces incisions et de la traction, la tumeur descend en s'allongeant, et on peut pratiquer de nouvelles incisions, supérieures aux précédentes, de telle façon que, par ce mécanisme, la tumeur arrive presque entière ou entière au dehors.

Pour notre compte, en dehors de ce dernier cas, pour lequel nous réservons ce dernier procédé, qui a une grande valeur pratique, nous préférons encore la ligature à l'écrasement par la chaîne de l'écraseur. Nous préférons l'incision de la capsule, au moyen du ténotome mousse guidé par le doigt introduit dans la cavité utérine, et l'énucléation avec le même doigt ou avec deux. La manœuvre est toujours aussi facile, plus facile même que le placement de la ligature ou de la chaîne de l'écraseur. On sent parfaitement ce que l'on fait ; on arrive toujours à décrocher ou énucléer avec les ongles, et cela avec une facilité relative. C'est du moins la manière qui nous a toujours réussi dans les cas qui nous sont échus en assez grand nombre.

Les essais qu'on a tentés pour énucléer ou détruire les fibroïdes au moyen des caustiques nous ont toujours paru peu avantageux et souvent détestables. Il est difficile d'aller porter un caustique sur un point précis ; d'en diriger l'action ; de répéter les manœuvres, et enfin de détruire ou d'énucléer la tumeur par ce procédé. Et puis, les caustiques, par leur dissolution et leur diffusion, peuvent aller atteindre un ou plusieurs points de la paroi utérine, en dehors de la tumeur. Il n'y a donc aucun avantage à recourir à ces procédés. La section partielle de la tumeur détermine une nécrose partielle, mais cette nécrose peut s'étendre et l'inflammation, gagnant toute la tumeur, peut entraîner l'inflammation illimitée et la pyohémie, et peut susciter la mort. C'est ce qui est arrivé notamment à Baker Brown, qui, en enlevant un morceau de la tumeur, y taille une excavation. Ce procédé est imité de celui d'Altée, qui incise une partie de la mince enveloppe de ces tumeurs pour amener la destruction de toute la masse.

On a paru croire que les fibroïdes non encapsulés et faisant continuité avec le tissu utérin ne peuvent être enlevés. C'est l'opinion de Barnes, si compétent sur ce sujet. « Cette méthode, dit-il (p. 656, *Clinique des maladies des femmes*) en parlant de l'énucléation, ne peut s'appliquer aux grosses tumeurs dont le tissu est continu avec celui de l'utérus. » Ailleurs (p, 659), en parlant des tumeurs encapsulées, il dit : « Si la tumeur a commencé à se désagréger, et qu'il se produise des symptômes généraux d'irritation par résorption, il faut faire une tentative courageuse pour enlever la tumeur.

« La malade étant chloroformée, la main introduite dans l'utérus pourra la détacher, soit seule, soit à l'aide des ciseaux. Grimsdale et Mister Bickersteth, de Li-

verpool, ont certainement par ce moyen sauvé une vie très-menacée. »

Donc Barnes considère comme quelque chose d'exceptionnel et comme une courageuse initiative d'aller détacher, soit avec la main seule, soit avec des ciseaux, le fibroïde encapsulé qui a commencé à se désagréger et qui donne lieu à la septicémie. Il semble même croire qu'en dehors des faits cités quelques lignes plus haut où la tumeur encapsulée était désagrégée et donnait lieu à la septicémie, il n'y a pas eu d'ablation de grosse tumeur et surtout de tumeur non encapsulée, faisant suite à l'utérus.

De tous les fibrômes de l'utérus, celui qui expose le plus la vie des malades et le plus rapidement, c'est le fibrôme non encapsulé et faisant continuité avec la paroi utérine : 1° il déforme plus promptement l'utérus, détermine plus facilement l'anté ou rétroversion, l'inflexion, accidents peu graves d'abord, mais qui le seront davantage, à mesure que les hémorrhagies se produiront, par les obstacles qu'ils opposeront à l'application des moyens locaux pour arrêter celles-ci ; 2° par son développement successif, il irrite, surtout durant la période congestive, l'utérus qui se contracte alors avec énergie pour s'en débarrasser, et les malades éprouvent alors des douleurs en tout semblables à celles de l'accouchement. Et quand il a acquis un grand volume, par les irritations successives et de plus en plus rapprochées, il peut déterminer l'inflammation non-seulement dans son tissu, mais dans toute la surface interne et dans les parois de l'utérus, en un mot l'endométrite et la métrite parenchimateuse ; 3° il peut également, par suite des contractions successives et réitérées qu'il provoque, déterminer l'usure des parois utérines et leur perforation à l'endroit libre de ces parois où la tumeur appuie

fortement pendant les contractions énergiques; 4° enfin, et surtout, par les hémorrhagies énormes qu'il suscite à répétition de plus en plus fréquentes, quand il est devenu volumineux, ce genre de fibrôme entraîne le plus souvent la mort. Il y a, en effet, des malades qui perdent, en vingt-quatre heures, 1,500 à 2,000 grammes de sang. On comprend aisément que, dans des circonstances pareilles, les malades ne tardent pas à succomber. (Voir notre obs. xc.)

D'après l'examen de tous les dangers auxquels exposent de pareilles tumeurs, il est facile de conclure que ce sont, de toutes les tumeurs bénignes, les plus graves. Elles finissent infailliblement par tuer les malades, surtout à bref délai, si on ne parvient à les enlever. C'est précisément parce qu'elles sont bénignes, non récidivantes généralement, qu'il est impérieusement commandé de chercher à les enlever. Et ce qui nous surprend le plus, c'est qu'en Amérique, le pays des audaces chirurgicales, où des mutilations inouïes sont pratiquées, et, parfois, dans des cas où il n'y a pas absolue nécessité, on n'ait pas généralement tenté de s'attaquer à ces tumeurs.

Il est plus logique, plus impérieux ici de chercher à débarrasser les malades, parce qu'on peut leur rendre une existence florissante après, que de s'attaquer aux tumeurs malignes, au cancer, dont on peut, tout au plus, espérer un peu de soulagement ou de répit après l'opération.

Pour notre compte, nous considérons comme un devoir impérieux pour tout chirurgien, quels que soient les dangers auxquels on expose la malade, de chercher à la débarrasser; parce que, s'il réussit, c'est vraiment une malade qu'il guérit et non qu'il soulage; et que, s'il échoue, il aura au moins la consolation d'avoir fait

tout ce qu'il a pu, guidé par une foi sincère et l'espérance de triompher de toutes les difficultés.

Voici le procédé que nous conseillons dans ce cas, parce qu'il nous a pleinement réussi, après de nombreux tâtonnements dans le cours de l'opération ; et qu'il nous a été démontré ensuite que, dans deux autres cas semblables, dont il a été question confidentiellement entre les opérateurs et nous, l'insuccès complet a été la conséquence d'autres manières de procéder.

4° Procédé pour l'ablation des fibroïdes intra-utérins volumineux, dont le tissu se continue avec celui de la paroi utérine.

La première condition pour opérer, c'est de bien connaître le volume de la tumeur, sa direction, ses rapports intimes avec certaines parties des parois utérines, et les espaces libres qui existent entre elle et le restant des parois. Il faut choisir pour l'exploration le moment où, pendant l'époque menstruelle, l'utérus entre en relâchement après s'être contracté vingt-quatre ou quarante-huit heures, et par conséquent le moment où le col dilaté n'offre plus ou presque plus de résistance. C'est pour le même motif qu'il faut choisir ce moment pour opérer.

L'indicateur pénètre facilement alors ; il peut aller explorer toute la cavité utérine et reconnaître tous les points plus haut indiqués. Si le col offrait une résistance opiniâtre, il faudrait ne pas balancer à faire cesser les contractions par une incision, avec les ciseaux, sur chaque commissure et agrandir même ces incisions.

La dilatation par l'éponge préparée est au moins un moyen inutile.

La malade doit être préalablement anesthésiée, à moins de contre-indication. Elle est couchée sur une

table comme pour une application de forceps, ou sur un lit à hauteur convenable, de façon que ses pieds reposent sur deux chaises, les cuisses écartées et fléchies. Un aide doit presser fortement sur le bas-ventre pour propulser l'utérus en bas et en avant. On peut remplacer cette pression par une pression mécanique, au moyen d'un sac de plomb de chasse de huit à quinze livres qu'on applique, en travers, sur l'hypogastre. Nous repoussons la pince-griffe, parce qu'elle déchire le tissu dans les tractions et qu'elle fuit après avoir déchiré. Nous nous servons de la pince pour extraction de balles, pince à manche très-long, à mors en cuillères dentelées et percées, chacune, d'un grand trou ovale.

Il faut, contrairement aux moyens employés pour l'ablation des fibroïdes pédiculisés, aller saisir avec la pince une portion du sommet supérieur de la tumeur, celui qui se continue avec le fond de l'utérus.

Pour cela, l'indicateur de la main gauche est introduit dans la cavité utérine et, suivant l'espace resté libre entre l'utérus et la tumeur, il glisse jusqu'au bas-fond de celui-ci. Une fois qu'il y est arrivé, et qu'il a pu circonscrire la tumeur en déterminant ses rapports, avec la main droite, on glisse sur le doigt qui sert alors de conducteur, un ténotome monté sur un manche long, à lame un peu courbe sur plat, mousse à la pointe, tranchant à gauche. Quand l'instrument est arrivé au fond de l'utérus, on fait subir à la lame une rotation qui porte son tranchant gauche à droite, la convexité dirigée sur la paroi utérine, la concavité sur la tumeur. Relevant alors le manche sur le pubis, pour incliner un peu en bas l'extrémité mousse, on commence la dissection et on dissèque du côté de la tumeur, de façon à séparer des parois cette partie du sommet. Puis on remplace le litho-

tome par un autre semblable, mais à tranchant à droite, en suivant les mêmes principes. Le premier a disséqué de droite à gauche par rapport à l'opérateur; celui-ci va, de la même manière, disséquer de gauche à droite. Quand le sommet est, par cette dissection, séparé des parois, on glisse la pince, fermée, sur le doigt resté dans l'utérus, en opérant tel mouvement de bascule ou de rotation qu'il faut pour faire arriver son extrémité sur la pulpe de l'indicateur resté en place. Alors on écarte les mors en les appliquant, par leurs côtés, sur la partie médiane du sommet de la tumeur. Au même instant on relève fortement le manche sur l'arcade pubienne, on presse fortement sur les mors ouverts pour leur faire saisir une portion de celui-ci, et cela est facile suivant la force que l'on emploie et l'écartement de ces mors. Puis, dans cette même position, on serre fortement la pince qui embrasse, sans contredit, une portion de tissu et la tient bien sans la déchirer. On confie alors à un aide les branches de la pince maintenue serrée par un écrou : en recommandant de tirer, tout en la maintenant dans la même direction.

L'opérateur reprend, dès qu'il s'est assuré que la pince tient solidement, le premier ténotome qu'il glisse sur l'indicateur gauche réintroduit dans la cavité utérine, et va poursuivre la dissection, commencée de droite à gauche, en ménageant soigneusement les parois utérines, par des incisions faites sur la tumeur elle-même, ce que le doigt indicateur fait bien sentir. Puis, il change de ténotome pour reprendre la dissection de gauche à droite, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il ait détaché à peu près toute la partie supérieure, celle qui correspond au bas-fond. Ceci devient d'autant plus facile qu'à mesure qu'il dissèque, l'aide attire, au fur et à mesure, en avant et en la renversant, la portion détachée. Arrivé à ce point, l'opéra-

teur, pour aller plus vite et agir avec plus de sécurité, va se servir de longs ciseaux un peu courbes sur plat, vers la pointe, et à extrémités mousses. Il glisse les ciseaux, sur l'indicateur resté en place, d'abord la pointe en bas, ainsi que la convexité des lames. A mesure qu'il avance dans la cavité, il relève la pointe de l'instrument vers l'horizontale ; et, enfin, quand il est arrivé au rez de la portion détachée de la tumeur, par un mouvement de rotation de droite à gauche, en même temps qu'il élève graduellement le manche des ciseaux sur l'arcade pubienne, il fait arriver la face convexe des lames sur la paroi antérieure du fond utérin, tandis que la concavité s'applique sur la tumeur. A ce moment, l'aide attire à lui, de plus en plus fortement, la tumeur, pour bien renverser la partie détachée ; l'opérateur relève encore plus le manche des ciseaux pour en porter la pointe sur la partie postérieure qui reste à disséquer. Alors, écartant les lames, il incise à coups de ciseaux et toujours du côté de la tumeur pour ne pas blesser les parois utérines. Il poursuit ainsi la dissection. A mesure que la tumeur se renverse de plus en plus, cette dissection devient désormais de plus en plus rapide et facile, et, bientôt, toute la tumeur est séparée de l'utérus et entraînée au dehors.

Il faut bien se garder de vouloir saisir la tumeur par le sommet inférieur, et de commencer la dissection par ce point, car il faudrait disséquer d'avant en arrière et de bas en haut. On ne pourrait arriver à la fin de l'opération, à cause des difficultés qu'on rencontrerait vers le bas-fond utérin, et on n'aurait aucune action, par les tractions sur la tumeur, puisqu'elle serait toujours adhérente dans ses parties profondes. En outre, l'écoulement du sang masquerait les manœuvres. C'est pour avoir voulu procéder ainsi que, dans le fait que nous

allons rapporter *in extenso*, et où nous opérions avec l'assistance de M. Ricord, notre éminent confrère et maître, nous avons perdu un temps très-long et causé beaucoup de souffrances inutiles à la malade.

Obs. XC.

Fibrôme utérin interstitiel très-volumineux, encastré dans tout le segment antéro-postérieur gauche de l'utérus ; ablation ; guérison ; pas de récidive depuis six ans.

Mme Sch..., originaire d'Angleterre, âgée de 36 ans, fortement constituée, à proportions remarquables, avait eu de son mariage un premier enfant, il y a quatorze ans.

Quelles furent les circonstances de couches? Je l'ignore. Je sais par son récit qu'il y eut, à la suite de la parturition, une immense hémorrhagie qui laissa la malade dans une anémie profonde.

Une deuxième couche, trois ans après, s'effectua sans accident ; enfin une troisième couche, trois ans après la seconde, ne fut suivie non plus d'aucun accident. Dans ces deux dernières couches, Mme Sch... fut soumise aux inhalations de chloroforme, qui la préservèrent de ressentir les douleurs de l'enfantement.

Depuis la dernière couche, qui date de neuf ans, Mme Sch... n'éprouva, à son dire, aucun désordre du côté de l'utérus. La menstruation était régulière et s'effectuait normalement. Cependant, autant que ses souvenirs peuvent la servir, elle croit qu'il y a quatre ans, l'époque menstruelle commença à se prolonger un peu plus que d'habitude, et qu'elle perdit ensuite, à chaque époque, un peu plus de sang qu'antérieurement.

Quoi qu'il en soit, cette circonstance ne la frappa que médiocrement et sa santé resta florissante.

Il y a quinze mois, elle quittait Paris, où j'avais donné des soins à ses enfants pendant quatre ans, pour aller s'installer près de sa mère, à Londres. Les bruits de guerre étaient alors passés à l'état de réalité ; c'était le motif qui lui faisait quitter Paris.

Dès la première apparition des règles, Mme Sch... éprouva, à Londres, des phénomènes insolites. Au deuxième jour de l'éruption menstruelle, elle fut prise de coliques utérines à forme intermittente, comme dans le travail de parturition. Les douleurs débutant par les reins envahissaient ensuite le bas-ventre ; il y eut ménorrhagie, et le médecin qui l'avait accouchée trois fois à Londres, immédiatement appelé, déclara qu'il s'agissait probablement d'un avortement. Les douleurs durèrent quarante-huit heures, la ménorrhagie se prolongea huit à dix jours, puis tout rentra dans l'ordre sans que l'utérus eût rien expulsé.

Les mêmes phénomènes se produisirent aux autres époques sans que Mme Sch... s'en inquiétât. Rentrée à Paris, en octobre 1871, elle fut atteinte presque immédiatement d'une broncho-pneumonie aiguë.

Je lui donnais des soins, depuis huit jours, pour cette affection, quand la menstruation survint. Mme Sch..., déjà profondément abattue par sa maladie, éprouva une dépression accentuée à l'apparition de ses règles. Elle me confia alors que, depuis un an, à chaque époque, et vingt-quatre heures avant l'apparition du sang, elle éprouvait des tranchées utérines pendant vingt-quatre à trente-six heures ; qu'elle perdait ensuite beaucoup de sang pendant huit jours ; que la perte cessait et qu'elle restait à peine quinze jours sans voir reparaître ses règles.

Après avoir ouï sa narration, je pris le mari à part et je lui déclarai que, d'après ce qui venait de m'être raconté et suivant mon appréciation, Mme Sch... devait être atteinte d'un fibrôme intersticiel que l'utérus, à chaque époque menstruelle, cherchait à expulser par des contractions répétées pendant vingt-quatre à quarante-huit heures.

Je lui recommandai de ne pas en parler à sa femme, vu la position grave où elle se trouvait de par sa broncho-pneumonie, me réservant d'explorer l'utérus à la prochaine époque menstruelle.

L'évolution de la broncho-pneumonie fut longue et difficile. La pneumonie arriva promptement à résolution. Il n'en fut pas de même de la bronchite qui était diffuse.

Cependant le mari avait préparé doucement sa femme pour une exploration utérine. Il était obligé de partir en voyage, le 24 novembre, pour affaires urgentes. Il laissait sa femme dans un état satisfaisant. Le 25, la menstruation s'établit. Le 26, les tranchées utérines commencèrent : le lendemain 27, je crus le moment opportun pour explorer l'utérus. Il y avait encore de violentes tranchées. L'exploration avec le doigt me fit constater une antéversion. Le col était appliqué sur le rectum ; il était volumineux, dur, sans dilatation de l'orifice. Le globe utérin était appliqué sur l'arcade pubienne. Il me parut plus volumineux qu'à l'état normal. En redressant le col, je n'avais pu introduire l'extrémité de l'index dans l'orifice. J'en conclus que je m'étais trompé dans mon premier diagnostic. Je déclarai mon erreur à Mme Sch... et lui annonçai qu'il n'y avait probablement qu'antéversion, ce qui la mit, et pour cause, au comble de la joie.

A neuf heures du soir je la revis : elle était levée, allait assez bien, n'éprouvait presque plus de douleur et ne perdait pas trop de sang.

Le lendemain matin, à neuf heures, je fus rappelé. Les tranchées utérines avaient reparu à trois heures ; elles avaient complétement cessé à sept, et, depuis ce moment, Mme Sch... avait perdu une énorme quantité de sang, environ un litre et demi, qui se trouvait dans le vase de nuit.

Je fis alors une nouvelle exploration. Cette fois l'utérus était redressé, remontant fort haut dans le bassin. L'orifice était dilaté de façon à permettre aisément l'introduction de l'extrémité de l'indicateur ; cependant

il y avait encore une certaine rigidité du museau de tanche qu'il était impossible de vaincre jusqu'à une certaine limite. Je pus aisément constater la présence d'un fibrôme dont le bout inférieur était à 2 centimètres de l'orifice. J'eus de grandes difficultés à introduire l'indicateur plus loin. Cependant je pus pousser entre la paroi droite de l'utérus et le fibrôme qui garnissait complétement l'organe, et je constatai que la tumeur était libre dans toute cette moitié de la cavité utérine jusqu'au bas-fond. A la moitié gauche du bas-fond, elle me sembla faire corps avec les parois tant en arrière que sur le côté gauche et en avant jusqu'à 1 centimètre 1/2 ou 2 centimètres de l'orifice externe. Il me fut donc permis de constater que j'étais en présence d'un fibrôme volumineux intersticiel, ayant son origine dans le tissu musculeux et enchâssé dans une vaste partie de ce même tissu avec lequel il faisait corps. Le cas était difficile, d'autant plus difficile que, la malade étant surchargée de graisse dans ses parties sexuelles et ayant un bassin large, la matrice fuyait sous la main exploratrice, bien qu'on exerçât, pendant l'exploration, une forte pression sur le bas-ventre dont les parois étaient amplement développées.

Ayant le vif désir de débarrasser Mme Sch... après l'hémorrhagie qu'elle venait de subir, je la prévins que je tenterais de l'opérer dans l'après-midi. A cet effet, je lui administrai 2 grammes d'ergot qui devaient être pris en quatre doses, à une demi-heure de distance l'une de l'autre. Ce fut un tort, comme on va bientôt le voir.

A deux heures de l'après-midi, je me disposai à opérer. — La malade placée convenablement, je cherchai à pénétrer dans l'orifice utérin avec l'indicateur de la main gauche qui devait servir de guide aux instruments ; pendant ce temps un aide pressait fortement sur le bas-ventre pour pousser l'utérus en avant : à ma grande surprise, le col s'était contracté et les lèvres étaient rigides au point d'empêcher l'introduction du doigt. Il était évident que le seigle avait agi, vu les dispositions du fibrôme, en raison inverse du but que je m'étais proposé en le donnant. J'avais eu en vue de provoquer des contractions utérines pour propulser, faire avancer le fibrôme dans le col, le faire engager dans son orifice externe et déterminer, par suite de cet engagement ou concurremment avec, la dilatation de l'orifice et l'effacement du col. Le fibrôme, encastré dans la moitié du bas-fond de l'utérus et dans toute la moitié gauche, n'avait pu faire le moindre mouvement en avant, malgré les contractions énergiques, si bien que ces contractions n'avaient abouti qu'à déterminer une rigidité plus grande des lèvres et de toute la longueur du col.

Néanmoins, je parvins, avec le doigt, à obtenir une certaine dilatation ; mais la matrice fuyait en haut et en arrière, et c'est à peine si le doigt pouvait atteindre l'organe. A quatre reprises j'engageai, sous la direction de l'indicateur introduit dans le col, des pinces-érignes, des pinces à mors dentelés d'une grande puissance pour saisir l'extrémité du fibrôme, voisin de l'orifice ; chaque fois je pus saisir cette extrémité ; mais à une traction

un peu forte pour l'attirer en avant, chaque fois l'instrument cédait, entraînant avec lui des parcelles de la tumeur. Les manœuvres étant douloureuses, et, comprenant que je ne pourrais aboutir sans prendre des dispositions nouvelles, puisqu'il fallait : 1° bien saisir le fibrôme et le tenir fixé et attiré un peu en dehors ; 2° procéder ensuite à une dissection en règle dans la cavité utérine pour opérer l'ablation de la tumeur, je fis replacer dans son lit la malade à qui je déclarai que nous attendrions sa prochaine époque pour la débarrasser. Mme Sch... accepta la proposition en me faisant promettre que, cette fois, je l'endormirais avec le chloroforme, ce que je venais de refuser dans mes premières tentatives.

Je prescrivis encore 2 grammes de seigle ergoté en vue d'arrêter l'écoulement immodéré de sang qui se produisait. Le lendemain, la perte de sang continua avec moins d'abondance. Elle persista pendant cinq jours encore dans des proportions qui ne laissaient plus d'inquiétude.

Comme on le pense bien, la malade n'eut rien de plus pressé que d'écrire à son mari la nouvelle phase des choses, la découverte définitive du fibrôme, quand elle lui avait annoncé, deux jours avant, qu'il n'y en avait pas ; et enfin l'insuccès des premières tentatives d'opération. On comprend l'inquiétude éprouvée par le mari à ces nouvelles. Le 4 décembre, il rentrait de voyage, et notre premier entretien lui causa quelque embarras. Au demeurant, Mme Sch... était complétement guérie de sa bronchite diffuse dont elle avait encore des reliquats avant son départ, et M. Sch..., extrêmement courtois et doué d'un sens droit, se rappela qu'avant d'avoir exploré la malade, je lui avais confié qu'elle devait être atteinte d'un fibrôme intra-utérin ; que je lui avais expliqué les diverses circonstances qui peuvent permettre une erreur de diagnostic en pareil cas ; que je lui avais même cité des exemples où les plus éminents praticiens avaient fait fausse route pour ne pas avoir choisi le moment opportun pour l'exploration utérine. Il ne témoigna, en conséquence, aucune hésitation, et sa confiance en moi n'en demeura que plus affermie, d'autant qu'une amie de sa femme avait été, six ans auparavant, opérée heureusement par moi dans des conditions quelque peu analogues, lorsque des célébrités chirurgicales de New-York et d'Allemagne avaient dénié la présence d'un fibrôme intra-utérin.

Seulement M. Sch... mettait à l'opération une condition *sine qua non.* Il formulait la volonté bien arrêtée que sa femme serait endormie par le chloroforme, alléguant que c'était une promesse qu'il lui avait faite sur son honneur.

Je lui exposai que les hémorrhagies abondantes que Mme Sch... avait subies étaient une contre-indication à l'emploi du chloroforme ; qu'en outre, j'avais lieu de craindre, sans pouvoir l'affirmer, un état graisseux du cœur, ce qui constitue une nouvelle contre-indication. J'ajoutai enfin que je ne concevais aucune inquiétude pour l'opération elle-même, que j'étais sûr de la mener à bonne fin, quelles que dussent être les souffrances et la durée du manuel opératoire, tandis que j'avais tout à craindre du chloroforme,

et que, sous aucun prétexte, je ne voulais assumer cette responsabilité. M. Sch... demeura inébranlable. Il avait donné sa parole à sa femme. Je lui proposai alors de prendre l'avis de tel chirurgien qu'il lui plairait d'appeler en consultation, déclarant que je me soumettrais à l'avis de ce confrère, quel qu'il fût, et quelle que fût son opinion. C'était au moins une garantie pour moi en cas d'accident, et mes réserves persistaient entières.

Après deux jours de réflexion, M. Sch... me désigna mon éminent confrère Ricord pour résoudre cette question. J'avais d'autant plus à me féliciter de ce choix, que ce grand praticien fait presque autorité en la matière.

Au jour fixé, et sans que la malade en eût connaissance, la consultation eut lieu en présence de M. Sch... La consultation ne portait que sur un seul point : La science autorisait-elle à endormir par le chloroforme une malade dont je venais exposer les conditions actuelles et les motifs d'abstention?

L'avis de mon confrère ne se fit pas attendre. Il déclara nettement qu'on ne devait, qu'on ne pouvait tenter d'anesthésier la malade par le chloroforme. Seulement, pour satisfaire à son désir immodéré et mettre à l'abri la conscience du mari, il proposa un moyen terme, celui de faire semblant d'administrer le chloroforme, mais de faire semblant seulement, en n'en faisant respirer que d'insignifiantes doses.

Après cette décision ainsi formulée, dans notre consultation, l'illustre praticien s'offrit spontanément à m'assister. C'était un acte de bienveillance dont je lui savais gré; c'était ma responsabilité qu'il mettait à couvert.

La malade fut mise au courant ; elle fut donc bien décidée pour le moment venu, ce moment, pour opérer, devant être choisi après l'apparition des règles d'abord, ensuite après la cessation des tranchées utérines qui duraient de trente-six à quarante heures chaque fois. L'expérience m'avait prouvé que c'était à cet instant que le col offrait le plus de dilatation.

Le 20 décembre, les règles apparaissaient modérément.

Le 21, dans la nuit, commençaient les tranchées utérines.

Le 22, au matin, ces tranchées continuaient et le sang coulait en abondance. A deux heures de l'après-midi j'étais auprès de la malade. Les tranchées avaient cessé, l'exploration permit de constater une dilatation du col suffisante pour l'introduction de l'indicateur.

Le moment d'opérer était venu ; j'envoyai donc chez mon célèbre confrère.

Les difficultés prévues de cette opération étaient de deux sortes : 1° les unes, inhérentes à la constitution et à la conformation de la malade; 2° les autres, résultant de la position du fibrôme dans l'utérus et de sa continuité avec cet organe dans une grande partie de son étendue. Bassin large et profond, cloison vaginale remontant très-haut et l'utérus fuyant sous la

main ; parties sexuelles rétrécissant et portant fort haut l'ouverture vaginale ; ventre développé à parois grasses et proéminentes, opposant un obstacle à la pression sur le globe utérin ; telles étaient les causes des difficultés offertes par la malade. J'ai dit déjà celles inhérentes au fibrôme lui-même. Je m'étais muni, à l'effet d'abaisser la matrice, d'un sac contenant dix livres de plomb de chasse, qui, appliqué en travers sur l'hypogastre, devait faire cheminer l'utérus en avant. D'autre part, j'avais une collection d'instruments propres à me satisfaire dans toutes les circonstances prévues.

Mon confrère ne se fit pas attendre : à deux heures et demie je procédai à l'opération pendant qu'on faisait semblant d'administrer le chloroforme. On en administrait réellement, mais à très-grande distance.

De deux coups de ciseaux j'incisai le col sur ses commissures, espérant obtenir une dilatation suffisante pour manœuvrer un peu à l'aise. Il n'en fut rien : l'une des incisions, celle de droite, fit céder l'ouverture sur ce côté ; mais celle de gauche, aboutissant jusqu'au fibrôme, ne parvint qu'à faire appliquer sur celui-ci les lèvres incisées, et je me trouvai aussi gêné qu'avant. Cependant, j'engageai l'indicateur gauche dans le col, côté droit, et je parvins presque vers le milieu de la cavité utérine ; c'était tout ce que je pouvais obtenir, malgré la très-grande longueur de mon doigt. Sur ce doigt je glissai une pince à érignes qui, une fois engagée et ouverte dans la cavité utérine, put saisir, en griffant, une portion superficielle du fibrôme ; mais à chaque traction, pour me faire de l'espace dans la cavité, elle cédait en entraînant des parcelles de tumeur. J'essayai à diverses reprises de saisir le sommet du fibrôme, voisin du col, mais l'écartement des mors ne permettait jamais de saisir une forte portion, et, à la moindre traction, la pince désemparait en déchirant le tissu. Je recommençai alors les mêmes manœuvres avec des pinces à mors dentelés de diverses formes, en cuillers et en œillères, sur divers points du fibrôme, et toujours ces applications furent suivies de résultats négatifs, en sorte que la dissection intra-utérine ne pouvait être faite. Les causes de cet insuccès tenaient à l'impossibilité d'atteindre le fond de l'utérus avec l'indicateur introduit, d'atteindre même la moitié supérieure de sa cavité ; à l'impossibilité de manœuvrer avec ce doigt directeur dans cette cavité garnie exactement par le fibrôme ; à la fixation absolue de la tumeur dans presque toute la moitié de la cavité utérine, ce qui empêchait de la mobiliser sur n'importe quel point. Après une demi-heure de manœuvres inutiles dans cette première phase de l'opération, où j'avais dépensé momentanément mes forces par des positions inclinées et des contorsions douloureuses, je cédai la place à mon éminent confrère.

Il manœuvra à son aise pendant une demi-heure, changeant tour à tour la pince à érignes pour des pinces à griffes, et quand il croyait tenir le fibrôme, qu'il pensait commencer la dissection, une traction un peu forte faisait lâcher les pinces et tout était à recommencer.

Mon éminent confrère, plus épuisé que moi, suant et à bout de forces à son tour, dut se retirer devant une impossibilité prouvée. Il me céda la place.

Mme X... demandait du chloroforme avec rage. De temps en temps on lui faisait faire une aspiration.

Après vingt minutes de tentatives tout aussi infructueuses que les premières, je cédai de nouveau la place à mon éminent confrère.

Ce fut encore pendant une longue demi-heure que ce maître lutta avec une ardeur héroïque, changeant d'instruments, de position, tandis que je me prêtais avec toute la complaisance d'un élève à ses moindres signes, à tous ses gestes : efforts inutiles! Au bout d'une demi-heure, lui, pourtant si habile, renonçait, pour la deuxième fois, l'œil morne, le visage abattu et ruisselant de sueur. J'avais bien réfléchi pendant ce temps; j'avais bien calculé qu'il fallait aller saisir fortement le fibrôme à sa base, dans le fond de l'utérus, à son point d'émergence, et que, si une fois je le tenais par ce point, en disséquant en arrière sur les parois utérines et poursuivant la dissection d'arrière en avant, de haut en bas, j'arriverais à le renverser en avant et je mènerais à bonne fin l'opération.

Au reste, il aurait fallu abandonner la malade après deux heures de tentatives inutiles, idée poignante qui dut traverser l'esprit de mon confrère aussi bien que le mien.

Me campant alors sur mes deux genoux, parce que la position debout m'incurvait trop et m'enlevait mes forces, j'engageai l'indicateur et le médius de la main gauche dans l'ouverture du col; je le débridai une seconde fois par deux grands coups de ciseaux sur ses angles précédemment débridés, et, profitant de cette détente artificielle, je poussai l'indicateur gauche dans la partie droite de la cavité utérine jusqu'au bas-fond, après avoir enfoncé toute la paume de la main dans la cavité vaginale.

Je fus alors maître du terrain; je sentais distinctement l'arrière-base du fibrôme et le point où je devais le saisir : de longues pinces à cuillers, à mors dentelés, furent glissées le long de l'indicateur. Quand je sentis les mors arrivés au bas-fond, j'en écartai doucement les branches, puis par un léger mouvement de rotation de droite à gauche, en même temps que j'élevais fortement les branches sur l'arcade pubienne, sans m'inquiéter de léser l'urèthre, je pus, après avoir fortement écarté les mors, saisir une large portion du fibrôme. Après avoir serré et fixé les branches de l'instrument au moyen de l'écrou, je le remis à mon confrère, qui, à son tour, s'était résigné au rôle d'aide, et je le priai de tirer à gauche de la malade et en haut : le fibrôme ne céda pas sur ces tractions soutenues. J'introduisis alors, guidé par l'indicateur gauche resté dans la cavité utérine, un long ténotome mousse à la pointe, courbe sur plat et tranchant à gauche. Quand l'extrémité fut arrivée dans le bas-fond, en relevant le manche et en faisant décrire à l'instrument une rotation en arc de cercle, le côté convexe se trouva adossé à la paroi utérine et le côté concave à la

tumeur, le tranchant en contact avec l'union de celle-ci et de l'utérus.

En deux minutes j'eus détaché, par une rapide dissection de droite à gauche, de haut en bas et en arrière, le segment postérieur du fibrôme incarné dans la moitié gauche du fond de l'utérus et sur la partie antérieure gauche de l'organe. A mesure que la séparation était obtenue, j'avançais la dissection sur la face antérieure gauche. Il me restait alors à disséquer, ou plutôt à détacher la tumeur dans tout le segment gauche latéral et postérieur jusqu'au col. Je fis exercer de fortes tractions par mon éminent confrère, avec les pinces qui tenaient le fibrôme. Dans ces efforts de traction, le lobe supérieur, détaché du bas-fond et de la face antérieure correspondante, put basculer un peu en avant. Je retirai alors le ténotome mousse, il ne marchait plus assez vite ; la malade poussait des cris affreux, demandait du chloroforme pour mourir, avec de si effrayantes plaintes, que mon illustre confrère dut lui répondre sévèrement que notre rôle n'était pas de la tuer et refusa d'accéder à ses désirs. Je glissai le long de l'indicateur, toujours resté dans l'utérus, de très-grands et de très-longs ciseaux à lames mousses à la pointe, courbes sur plat, vers l'extrémité, et d'une très-grande puissance d'action. Cette introduction fut on ne peut plus difficile ; il fallut les faire glisser par la face convexe sur le doigt et la pointe d'abord dirigée un peu en bas, puis horizontalement à mesure qu'elle avançait, puis un peu obliquement en haut, à mesure qu'elle pénétrait dans l'utérus. Quand la pointe eut atteint le fond de l'organe, il me fallut décrire une demi-rotation : la face convexe des lames appliquées sur la face postérieure droite des parois dut être graduellement ramenée par ce mouvement et toujours en rasant les parois sur la face antérieure, passant entre elle et le fibrôme, qui se trouvait alors appuyé sur la face concave de l'instrument. A ce moment, mon confrère tirant à lui et un peu de mon côté, j'élevai le manche des ciseaux autant que je pus sur l'arcade pubienne, de façon que leur extrémité mousse allât se placer entre le lobe du fibrôme, détaché en arrière, et le bas-fond utérin. J'écartai alors les lames de l'instrument et je pus, en rasant constamment les parois utérines, sectionner successivement en arrière et sur la face interne et antérieure gauche tout ce qui était adhérent. Pendant ce temps, mon confrère exerçait des tractions en dedans, en dehors, en bas, suivant que je le lui demandais, et, dans ces tractions, le fibrôme, toujours attiré vers le col par une bascule continue qui faisait devenir antérieure sa face postérieure, et droite sa face gauche, put être détaché totalement en quelques minutes. Nous eûmes la satisfaction de le voir enfin, emportant avec lui, sur ses faces qui avaient adhéré, quelques parcelles de fibres utérines, preuve évidente que l'utérus avait été partiellement entamé sur quelques points. (Voir fig. 6.)

La malade, lavée et rappropriée, fut transportée dans son lit, après deux heures et demie d'horribles souffrances causées principalement par les manœuvres infructueuses avant l'opération proprement dite.

La nuit fut très-agitée ; la malade eut du délire, du cauchemar : c'était un reliquat des inhalations chloroformiques. Elle éprouva plusieurs défaillances, effet probable des mêmes inhalations ; car, avec la volonté ferme-

Fig. 6.

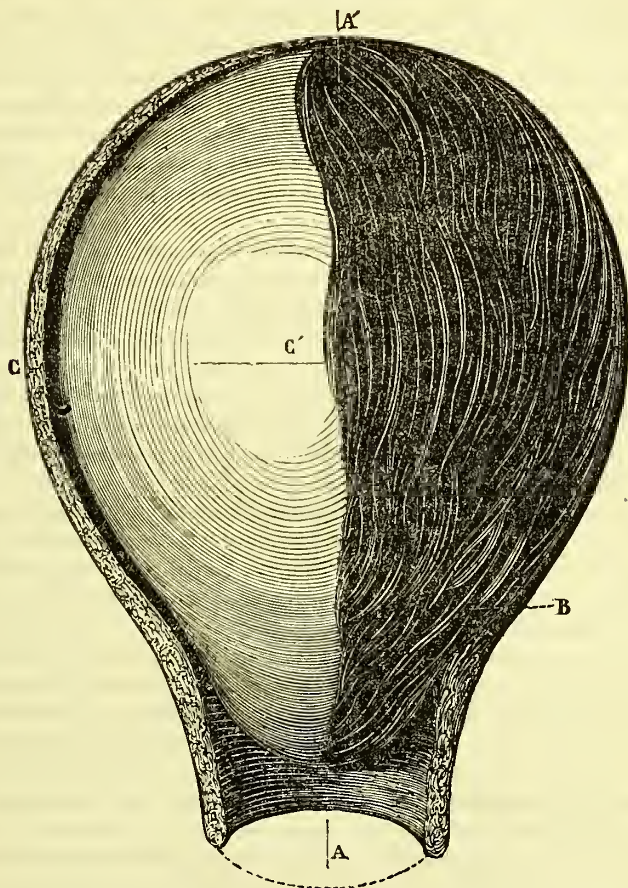


Fig. 6. — A A' Ligne indiquant le segment du fibrôme encastré dans l'utérus (partie noire) et celui libre dans la cavité (partie transparente).

B Ligne indiquant le point où le fibrôme se détache de la partie utérine, vers l'ouverture supérieure du col.

C C' Ligne transverse qui partage la cavité utérine en segments supérieur et inférieur.

De A' à C'. Toute la partie noire est celle où a porté la première dissection, en commençant par A' sur les faces antéro-postérieure et latérale gauche, pour faire basculer le fibrôme.

ment arrêtée, dans notre consultation, de ne faire que semblant d'administrer du chloroforme, il en avait été dépensé une quantité notable, quoiqu'il eût été administré avec précaution et à distance. Telles avaient été, dans les deux premières heures de tentatives, les prières, les injonctions de la malade, qu'on s'était fatalement laissé entraîner.

23, au matin. La malade accuse des envies très-fréquentes d'uriner, des douleurs vives à la miction, avec envie d'uriner encore après chaque miction. Le col vésical a été évidemment froissé dans le cours de l'opération. Elle accuse également une douleur vive dans le côté gauche du bas-fond vaginal. C'est évidemment la partie gauche de l'utérus qui est en souffrance, puisque avec le doigt on perçoit une dilacération sur la partie correspondante du col, et que la douleur irradie sur l'hypocondre du *même côté*. Absence de fièvre.

Je prescris des fomentations chaudes sur le bas-ventre, des injections utéro-vaginales avec la décoction de racines de guimauve et de tête de pavot, un cataplasme de farine de lin sur le méat urinaire, 5 centigrammes d'extrait thébaïque en pilule pour le soir, de la tisane de petite turquette. Potages et vin de Bordeaux.

24. Il y a eu un frisson la veille au soir. La peau est chaude et sèche ; le pouls, vibrant et dur, bat 120. Il y a céphalalgie vive : c'est évidemment un commencement de fièvre traumatique, la fièvre inflammatoire. La langue est saburrale, l'appétit nul.

Prescription : Tartre stibié, 0,20, eau distillé, 120, en potion à prendre par cuillerée, de demi-heure en demi-heure, jusqu'à vomissement ou trois garde-robes ; 3 pilules de sulfate de quinine, à 0,10 chaque, à prendre à cinq heures du soir, et 3 autres semblables à prendre le lendemain matin. Le reste *ut suprà.*

25. Il y a eu un nouveau frisson la veille, mais beaucoup moins accentué que le précédent ; un peu de sommeil la nuit. Le pouls est à 100 ; il est souple, dépressible, et la peau offre de la moiteur. Les accidents du côté de la vessie sont améliorés. Les douleurs vagino-utérines gauches persistent.— Onctions sur le bas-ventre avec l'onguent napolitain belladoné ; fomentations chaudes ; 3 pilules de sulfate de quinine pour le soir, 3 autres pour le lendemain. Le reste *ut suprà.*

26. Sommeil prolongé, calme. Pouls à 80. Il s'échappe par le vagin du pus sanieux. La malade croit qu'elle avait un abcès dans le vagin et qu'il s'est ouvert ; c'est la surface utérine qui suppure. Désir d'aliments. Potage, poulet rôti, vin de Bordeaux. Continuer les pilules de sulfate de quinine le soir et le lendemain matin. Injections utérines faites avec ménagement, et à jet bavant, avec la décoction de racines de guimauve et de tête de pavot, dans laquelle on mettra, par litre, 15 de chlorure d'oxyde de sodium.

27. Les douleurs utéro-vaginales ont cessé, la miction se fait sans douleur, la malade a passé une excellente nuit, l'appétit est franchement re-

venu et la fièvre n'a pas reparu. Encore 6 pilules de sulfate de quinine en vingt-quatre heures ; alimentation à volonté.

Toujours un peu de suppuration utéro-vaginale; tout le reste va bien. L'utérus exploré avec le doigt, je trouve le col qui commence à se contracter et l'ouverture qui se rétrécit. A gauche, il y a une légère perte de substance résultant de la dissection de la tumeur, ce qui empêche l'occlusion de l'ouverture.

A partir de ce moment, tout marche régulièrement et la malade commence à se lever le 8 janvier, quoiqu'elle ne puisse rester assise, à cause de la douleur que suscite cette position sur la partie gauche du bassin correspondant à la lésion du col utérin.

Le 12, elle peut s'asseoir librement, sans douleur et se promener dans son appartement.

Le 20, les forces sont revenues, mais la malade, quoique rassurée par moi, redoute la première apparition des règles; elle craint le retour des douleurs, de l'hémorrhagie. Cependant, l'exploration de l'utérus m'a permis de constater, la veille, la cicatrisation de la commissure gauche et la fermeture du col, la rétraction achevée du corps de l'utérus et son petit volume. Il ne dépasse pas le niveau de la symphyse pubienne.

Le 26, la menstruation est achevée. Il n'y a eu aucune tranchée utérine; le sang a coulé en proportions telles, que la malade déclare que, depuis quatre ans, elle n'en avait jamais si peu perdu. Elle est sortie en voiture pour quelques préparatifs de la fête de l'arbre de Noël, remise au 28 janvier, à laquelle une centaine de personnes sont invitées.

Depuis, Mme X..., qui a présidé sa soirée, n'a cessé de sortir et de se bien porter. Une crainte qu'elle n'osait avouer et qui la subjuguait encore, c'était la crainte d'une récidive. Outre l'exemple de Mme Du..., que j'ai opérée, à son su, il y a six ans, qui n'a pas eu de récidive jusqu'à présent, ce qui doit la rassurer, j'ai cru pouvoir la convaincre, d'après l'examen de la tumeur, en lui déclarant que celle-ci est de la famille de celles qui sont le moins sujettes à récidiver.

Voici, en effet, le résultat de cet examen :

A la coupe, cette tumeur présente un tissu blanc, nuance nacrée, criant sous le scalpel, à fibres entre-croisées d'une façon irrégulière. La pression forte en exprime quelques gouttelettes d'un liquide jaunâtre et gluant.

A l'examen histologique nous trouvons des fibres étroites, allongées, et, entre ces fibres toutes identiques, des granulations, des éléments cellulaires ou fusiformes, de la graisse sous diverses formes. C'est bien le pseudoplasme homœomorphe désigné sous le nom de fibrôme.

J'ai, pendant six ans consécutifs, revu un grand nombre de fois Mme Sch.... et pu m'assurer qu'il n'y a pas eu de récidive.

(Extrait de la *Gazette médicale*, 1872.)

L'opération dont je viens de présenter le tableau est

une de celles qui offrent les plus grandes difficultés à vaincre, sous le rapport de l'exécution, et en admettant, qu'au préalable, on ait pu se rendre un compte exact des rapports de la tumeur avec la cavité utérine. Si, comme dans le cas présent, ces notions exactes sont impossibles, parce que le doigt explorateur ne peut, en aucune façon, arriver au bas-fond de l'utérus, les difficultés n'en sont que plus grandes encore, et l'esprit doit rester indécis devant l'imprévu.

Quelle que soit l'opération que l'on pratique, les dangers inhérents au manuel opératoire, aux parties qu'il faut ménager ou protéger, peuvent être ordinairement conjurés quand l'œil sert de guide à la main qui opère. Ici, le doigt explorateur et conducteur devait remplacer l'œil ; mais ce doigt ne pouvait malheureusement se porter partout, et par suite ne pouvait tout montrer : de là un écueil presque insurmontable.

Et cependant, cette opération est du nombre de celles qui sont commandées sans réplique ; qui nécessitent l'urgence envers et contre tout, car la vie des malades est trop prochainement et trop certainement menacée par les hémorrhagies immenses, qui se succèdent rapidement, et que rien ne peut arrêter définitivement que l'ablation de la tumeur qui leur donne naissance et les entretient.

Nous avons dit que les fibrômes intra ou extra-utérins peuvent disparaître par voie de régression ou de résorption atrophique. C'est certainement une des plus rares et, en même temps, une des plus heureuses terminaisons. Il y a quelques exemples plus ou moins authentiques de ce genre de terminaison. On aime à discuter, généralement, et à suspecter de pareilles observations. On se complaît à trouver, la plupart du temps, une erreur de diagnostic.

Eh bien! voici un fait qui nous est personnel, sur lequel on pourra épiloguer tant qu'on voudra. Il demeure prouvé, pour nous, qu'il y a eu résorption de la tumeur, quelle qu'elle fût; et nous persistons dans la rectitude de notre diagnostic, dût-on nous accuser de présomption.

Obs. XCI.

Fibroïde sous-péritonéal assez volumineux, diagnostiqué avec toute la précision possible; disparition par régression atrophique; guérison.

M[lle] X..., demeurant rue Pétrelle, souffrant depuis longtemps, fort longtemps, dans les reins et le bassin, me consulte en 1858. Un examen complet par le vagin et la palpation abdominale exécutés alternativement et simultanément me démontrent l'existence d'un fibrôme de la grosseur d'une grosse poire dans la fosse iliaque droite. Comme cette personne est maigre, les parois abdominales pouvaient être parfaitement déprimées, et, tandis que la main gauche explorait par le vagin, la main droite pouvait percevoir aisément par l'abdomen, presser en tous sens, communiquer des mouvements de ballottement sentis par la main gauche. En un mot la tumeur pouvait être prise entre les deux mains et donner toutes les sensations de dimension et de contexture. Bref, je restai pleinement convaincu qu'il s'agissait d'un fibrôme extra-utérin ou sous-péritonéal avec insertion sur l'ovaire droit ou la portion droite de l'utérus.

Le traitement prescrit consista dans l'administration de l'iodure de potassium à la dose de 1, 2 et 3 grammes par jour, en bains alcalins et iodés et bains sulfureux en alternant; en injections vaginales avec la saponaire et l'alun, quelques purgatifs salins, et la tisane de gaïac et de salsepareille; en frictions mercurielles, puis en badigeonnage du ventre avec la teinture d'iode.

Pendant deux ans, je vis de temps en temps cette malade. La tumeur me parut diminuée un peu, mais je n'y attachai pas d'importance. Chose incroyable, je restai deux ans après sans revoir M[lle] X..., et, pendant ces deux ans encore, elle ne cessa son traitement de temps en temps que pour se reposer un peu et le reprendre ensuite. C'était une ténacité peut-être sans exemple. Ce traitement ne varia jamais, et elle prétendait s'en trouver bien.

En 1863, il y avait plus de deux ans que je ne l'avais revue, elle se représente à moi. Il y avait un changement radical dans l'ensemble de sa constitution , c'est-à-dire qu'elle avait repris, non de l'embonpoint, mais des chairs, de la vigueur et une physionomie plus expansive. Elle me disait

ne plus ressentir ni gêne ni douleur et se trouver très-bien. Elle venait se faire visiter pour savoir où en était sa tumeur. J'eus beau explorer de toutes les façons, en tous sens, dans toutes les positions, cette tumeur, je ne la retrouvai plus, je n'en retrouvai même plus de vestige. Y avait-il eu de ma part erreur initiale de diagnostic, ou la tumeur avait-elle réellement disparu? Ou il ne faut plus rien croire, ou il faut, en cette circonstance, reconnaître aux puissances organiques le mérite incontestable de la reprise par voie d'absorption des matériaux constitutifs de cette tumeur, ou une régression atrophique complète. C'est au moins une illusion avec laquelle je veux vivre.

En novembre 1866, alors que j'étais dans mon lit avec un érysipèle du cuir chevelu, cette demoiselle fut atteinte, à la suite d'un refroidissement par averse pluviale, de mal de Bright aigu ; le médecin qui lui donna des soins fit fausse route, et vingt-sept jours après, quand je pus me rendre auprès d'elle, je la trouvai infiltrée généralement avec : un épanchement péritonéal sensible, un épanchement pleural gauche au tiers inférieur, des vomissements continus, l'affaiblissement caractérisé de la vue, et avec de la diarrhée. L'hydropisie générale arriva à un très-haut point. Inutile de relater le nouveau traitement qu'elle subit. Pendant un mois je crus à l'incurabilité de sa nouvelle maladie, tant l'albuminurie persistait intense, opiniâtre, et tant les suffusions séreuses étaient tenaces. Cependant quatre mois après elle était radicalement guérie, et en janvier 1869 je l'ai revue dans mon cabinet. Un examen complet, l'analyse des urines, m'ont confirmé que cette demoiselle avait échappé définitivement à la chronicité du mal de Bright. J'ai voulu encore une fois m'assurer si le fibrôme extra-utérin était définitivement disparu, et je n'en ai pas, à nouveau, retrouvé de traces.

Après sept ans écoulés, sans nouvelle de cette malade, je l'ai revue en février 1876. Elle venait me consulter pour des accidents du côté du cœur. J'ai pu, après les plus minutieuses investigations, la palpation en tous sens, me convaincre une fois encore et bien définitivement, que le fibrôme a disparu d'une façon complète.

Cette question de disparition des fibrômes sous-péritonéaux par voie de régression atrophique, soit spontanée, soit par ou concurremment avec des traitements médicaux, est tellement importante, pour la pratique et l'édification de la science, que, malgré le nombre considérable d'observations que nous avons publiées dans cet ouvrage, nous ne voulons pas passer sous silence un fait des plus probants en ce genre, dussions-

nous fatiguer le lecteur Nous aurons au moins le mérite d'avoir corroboré, par des faits, cette puissante et consolante idée de la terminaison heureuse, par voie de régression, de fibrômes qui sont si souvent compromettants.

Obs. XCII.

Fibroïde sous-péritonéal ancien ; inflammation péri ou intra-fibroïde ; traitement médical après ponction d'une prétendue hématocèle pelvienne ; guérison par atrophie.

Il s'agit ici d'une dame de 30 à 35 ans, avenue Trudaine, chez qui le mari avait, depuis longtemps, reconnu une tumeur volumineuse dans la moitié inférieure de l'abdomen, et qui avait été traitée par divers médecins.

A un moment donné, survinrent des accidents aigus dans le bas-ventre, qui entraînèrent rapidement le dépérissement de la malade, par l'acuité des douleurs, les vomissements presque continus, la fièvre, etc. Toutes ces circonstances sont narrées telles que les ont rapportées la malade et son mari. Dans ce moment, MM. Ricord et Demarquay furent appelés en consultation. Une ponction fut faite en arrière, à gauche, dans la cloison vaginale par Demarquay. Il s'écoula du sang vermeil en petite quantité. Le mari et la dame assurent que M. Demarquay a opéré une hématocèle rétro-utérine survenue intercurremment. A quelque temps de là, le 22 du mois de mai, je fus appelé à mon tour. Le mari était désespéré ; il était fermement persuadé que sa femme avait une volumineuse tumeur cancéreuse.

Je dois décrire, aussi exactement que possible, la position de cette dame à ma première visite. Elle est très-amaigrie ; on m'assure qu'elle a été potelée, forte. Le facies est demi-grippé, d'un teint paille. Il y a une grande expression de souffrance, une irascibilité évidemment provoquée par la longueur du mal et la détérioration. Rien ne peut être supporté, même les boissons les plus simples, qui son réjetées par le vomissement. Quelquefois, cependant, mais rarement, les aliments les plus indigestes, que la malade prend par caprice, sont en partie tolérés.

Le pouls, faible, bat 100 à 110 à la minute. Le soir il y a redoublement de la fièvre et de tous les accidents ; les nuits se passent dans l'insomnie. Le ventre est très-ballonné, surtout dans le segment sus-ombilical. La percussion donne un son tympanique dans toute la moitié supérieure de l'abdomen et sur les flancs. Il y a matité au-dessous de l'ombilic, dans toute la fosse iliaque droite et la partie inférieure de la gauche. La palpation du ventre est fort douloureuse ; la malade craint même qu'on l'approche. Cependant je puis, en palpant avec précaution, et les parois abdo-

minales étant le plus possible en état de relâchement, percevoir une tumeur qui occupe presque toute la fosse iliaque droite, remonte à trois travers de doigt au-dessus du pubis, et vient, en diminuant, aboutir à la fosse iliaque gauche. En explorant par le vagin, je perçois, à droite du col, dans le cul-de-sac vaginal, la même sensation de tumeur dure.

De temps en temps il s'échappe, par le vagin, du séro-pus sans odeur, puis il ne s'écoule plus rien. La malade prétend qu'il s'échappe assez souvent des gaz par le vagin. La garde et le mari assurent les avoir entendus, surtout quand la malade urine. Il existe une fistule en arrière, à gauche, dans le fond de la cloison ; je perçois au spéculum l'ouverture fistuleuse ; elle est le résultat de la ponction antérieurement pratiquée. Aucune matière fécaloïde ne sort, en ma présence, par cet orifice fistuleux ; mais le mari, la malade et la garde affirment en avoir souvent vu. Les extrémités inférieures sont infiltrées, surtout celle de droite ; les supérieures sont amaigries. La malade accuse une très-vive douleur sur le membre pelvien droit, s'étendant de la hanche à la cheville, comme dans la sciatique ; elle tient toujours ce membre badigeonné avec du laudanum. Enfin elle est constipée, et, quand elle évacue, par suite de lavement, la fin de l'évacuation est toujours diarrhéique. Depuis un mois elle ne peut mettre les pieds hors du lit.

Voilà, certes, un cas de tumeur fibreuse sous-péritonéale bien nettement caractérisée. Qu'il y ait eu ou non hématocèle rétro-utérine incidente ; qu'il y ait eu phlegmasie dans la tumeur elle-même ou dans le péritoine péri-utérin, ou dans les deux, peu importe ; ce ne sont que des accidents consécutifs et symptomatiques. L'essentiel est qu'il soit bien constaté que, bien longtemps et très-longtemps avant, la malade était affectée d'un fibrôme volumineux, que le mari considérait comme une tumeur de mauvaise nature, d'après les impressions qu'il avait reçues des différents médecins qui avaient vu sa femme, et qu'il croyait être cancéreuse, sans qu'on lui eût prononcé le mot.

J'abuserais de la patience du lecteur si je voulais retracer en détail toutes les phases par lesquelles est passée cette intéressante malade, et si je voulais retracer tous les détails d'un traitement long et varié, par moi employé.

Je dois noter seulement que la fistule vaginale fut oblitérée, six mois après, en quatre cautérisations; qu'elle se rouvrit encore à la campagne, où le médecin de l'endroit obtint une oblitération, momentanée aussi, en trois cautérisations nouvelles ; et qu'enfin, au moyen du cautère actuel, j'obtins l'oblitération définitive de cette minime fistule recto-vaginale.

A un an de distance, jour pour jour, sans avoir revu cette dame, voici ce que j'ai pu constater comme preuves de l'atrophiation, de la disparition du fibrôme :

État général excellent; forces à peu près revenues, embonpoint comme aux meilleurs jours de la santé. Toutes les fonctions s'exécutent régulièrement, et la menstruation, qui avait été suspendue près de cinq mois, est revenue régulière, normale, depuis sept mois. L'œdème considérable des extrémités inférieures est complétement dissipé depuis longtemps. Une seule chose est à noter à cet égard. Le soir, il y a un léger empâtement, quelquefois un gonflement un peu dur aux jambes, et cependant il n'y a rien au cœur et pas de traces d'albumine dans les urines souvent analysées. Le matin, les jambes sont complétement désenflées. Si la malade ne fatigue pas trop; si, surtout, elle se repose dans le jour, alors l'enflure est nulle le soir. Toutes ces circonstances me portent à croire qu'il y a quelques brides qui gênent encore la circulation, soit dans l'iliaque primitive, soit dans les deux iliaques. Y a-t-il eu phlébite adhésive à un moment, et le caillot obturateur se serait-il usé ? C'est dans le rang des choses possibles. L'abdomen peut être aisément exploré en tous sens; les parois peuvent être facilement déprimées. Dans toutes les recherches, exécutées avec soin au moyen de la percussion et de la palpation, soit par l'abdomen seul, soit par l'abdomen et le vagin, je n'ai plus retrouvé cette volumineuse tumeur que

j'ai décrite. Il n'existe qu'une plaque indurée au-dessus du ligament inguinal droit, plaque qui ne mesure pas 4 centimètres de long sur 2 ou 3 de large, et qui se déprime facilement à la pression. Il est donc patent que cette malade est guérie, non-seulement de tous les terribles accidents qu'elle a traversés, mais du volumineux fibrôme dont elle était atteinte depuis nombre d'années, et qui avait provoqué les accidents en question : à moins que ce prétendu fibrôme ne fût une tumeur fibro-kystique ou un hyste de l'utérus. Le traitement a surtout consisté en bains sodiques et iodés, en frictions avec les pommades d'iodure de plomb, d'iodure de potassium; en l'usage fort longtemps continué à l'intérieur, par la bouche ou par lavement, de l'iodure de potassium. Puis on a employé l'hydrothérapie, combinée suivant les dispositions de la malade. Je ne veux point attribuer au traitement le mérite de cette cure ; mais je constate que, si la nature en a fait les frais, ces frais ont coïncidé au moins avec le retour des règles, qui persistent toujours (1).

(1) Extrait de la GAZETTE MÉDICALE de Paris, 1868. (*Des corps fibreux de l'utérus.*)

B. — Polypes.

Toute tumeur, — à l'exception des cancers et des excroissances ou végétations de la surface interne de l'utérus, —qui tient au moyen d'un pédicule plus ou moins large ; qui, par conséquent, est mobile et déplaçable, est un polype.

Les polypes sont de différentes natures, suivant les éléments constitutifs qui servent à leur développement. Il y a le polype fibreux ou myome ; le polype muqueux ou glandulaire ; le polype vasculaire ; le polype fibrineux ; enfin, on admet un polype placentaire et un polype hypertrophique du col. Ces deux variétés nous paraissent inadmissibles, parce que le dernier n'est pas pédiculisé, et que le premier nous semble mieux classé parmi les tumeurs placentaires.

1° Polypes fibreux.

Le polype fibreux, de tous le plus fréquent, est aussi celui qui est le plus dangereux, parce que, parasite, se développant graduellement, il force l'utérus à se développer aussi sur lui ; parce qu'il irrite cet organe comme corps étranger. Ces deux conditions sont cause de douleurs à certains moments, d'hémorrhagies qui vont en

progressant, et quelquefois d'usure des parois utérines ou de leur renversement.

Les polypes fibreux intra-utérins doivent être considérés au point de vue de leur insertion et de leur mode d'insertion sur les parois utérines ; deux conditions qui président à leur accroissement plus ou moins considérable, à leur direction dans l'intérieur de la matrice, et à la plus ou moins grande difficulté que cet organe éprouve pour les expulser hors de sa cavité.

Ces notions sont indispensables quand on veut se rendre un compte, aussi exact que possible, des accidents auxquels donnent lieu ces polypes, de la possibilité ou de l'impossibilité où se trouve la matrice de les expulser spontanément, hors de sa cavité, par des contractions répétées, ou de les faire engager, comme dans l'acte de parturition, à travers son orifice externe, préalablement dilaté par un travail préparateur.

Sous ce rapport capital, au point de vue de la pratique aussi bien que de la théorie, il convient de partager en deux ordres les polypes fibreux intra-utérins : 1° ceux dont l'origine, l'insertion se trouve sur l'un des points du segment supérieur de la matrice ; 2° ceux qui prennent racine sur l'un des points du segment inférieur.

Cette distinction, peut-être un peu arbitraire, ne touche en rien à la constitution du polype, à ses éléments de formation. Elle a l'avantage de bien faire saisir ce qui se passe dans son évolution quand il commence à se développer, et elle repose sur l'analyse des faits cliniques qui ont été publiés et de ceux qui nous sont propres. — Que, sur une ligne perpendiculaire, allant du fond de l'utérus au museau de tanche, on dirige une ligne transversale qui coupe la première à angles droits, à 1 ou 2 centimètres au-dessus de l'orifice interne du

col, et on aura de suite la matrice partagée en deux segments : l'un supérieur, partant de la ligne transversale jusqu'au fond de l'utérus ; l'autre inférieur, partant de cette même ligne transversale et aboutissant au museau de tanche. — La ligne perpendiculaire partagera en deux parties, droite et gauche, chacun de ces deux segments.

Il est rare qu'un polype prenne naissance sur l'un des points du segment supérieur de la matrice. L'insertion, au contraire, est beaucoup plus fréquente dans le segment inférieur, et surtout dans cette partie qui constitue le col.

Sur seize cas qui nous sont personnels, deux fois l'insertion est au segment supérieur (Obs. xciii et xcv). Sur quinze cas que M. Larcher a analysés ou rapportés dans les deux mémoires insérés en 1867 dans les *Archives générales de médecine*, et appartenant à divers auteurs, il n'y en a qu'un, celui de Demarquay, dont le pédicule est fixé au segment supérieur. Enfin, nous trouvons cette insertion dans un cas cité par M. Guéniot dans les *Archives de médecine*, avril 1868.

Dans un autre cas, appartenant à Huguier et dont l'insertion pédiculaire était à la partie supérieure du col, il est dit que des prolongements pédiculaires s'étendaient au fond de l'utérus ; mais nous penchons à admettre que c'étaient plutôt des engorgements ou hypertrophies fibroïdiformes par suite de phlegmasie utérine, que de véritables prolongements pédiculaires.

D'autre part, sur dix observations que nous recrutons au hasard dans quatre journaux scientifiques, nous n'en trouvons aucune où le polype soit implanté dans le segment supérieur de la matrice. Il faut donc conclure que cette partie de l'organe ne donne que très-rarement naissance aux polypes fibreux intra-utérins, tandis que

les fibrômes intersticiels y sont plus fréquents. On pourrait peut-être assigner des causes à ces différences, mais ce serait par simple hypothèse. Il est permis cependant d'admettre que les polypes insérés au segment supérieur, ne pouvant, en raison de leur attache, être expulsés spontanément de la matrice, et ne venant que très-difficilement, et à une époque très-avancée, s'engager dans le museau de tanche, ils ne peuvent être diagnostiqués. Comme ils finissent presque toujours par susciter des accidents mortels, il est à croire que beaucoup de malades succombent par leur fait, sans que les médecins aient pu les soupçonner.

Si, au contraire, les polypes fibreux insérés dans le segment inférieur de la matrice sont tellement fréquents que, sur quarante-deux cas, ils se présentent trente-huit fois, cela doit tenir non-seulement aux dispositions génésiques de cette portion de l'utérus, mais encore à des causes qu'il serait hypothétique de signaler. Cette insertion permet une plus grande mobilité du polype, du moment qu'il se développe. Cette mobilité fait que les contractions utérines le propulsent ou tendent à le propulser naturellement hors de la cavité, au moins quand il a acquis un certain volume. De là la très-grande facilité, de la part du médecin, pour les diagnostiquer, au moins à certaines époques. De là, aussi la facilité d'en faire l'ablation, d'autant plus que cette insertion permet d'aller les atteindre avec aisance. Or, comme toutes les observations, à de rares exceptions près, ont trait à des polypes reconnus du vivant des malades, à des polypes qu'on a extraits ou qu'on a tenté d'extraire, c'est naturellement une raison capitale pour trouver, dans les observations citées, une si grande proportion de polypes à insertion dans le segment inférieur de l'utérus.

De deux choses l'une : ou par son accroissement et l'effet des contractions utérines, le pédicule du polype s'allonge en s'amincissant ; ou il reste court, large et fort. Dans le premier cas, le polype chemine et peut être expulsé de la cavité ; ou, en s'allongeant, il peut venir à l'orifice externe sans le franchir. Dans le second, et surtout quand le pédicule est au fond de la cavité, ou c'est la matrice en masse qui se déplace et descend ; ou bien la matrice, par suite de ses contractions, se dilate à son col, laisse passer une partie du polype, puis se renverse sur lui comme la manche d'une chemise et continue à se contracter dans ce sens. Il y a alors inversion de la matrice. Enfin, quelquefois le polype, qui tient au fond de l'utérus, est tellement allongé qu'il en sort une partie pour venir faire saillie à la vulve ; mais nous estimons que, dans ce cas, l'utérus a subi un déplacement en bas, et que peut-être le col s'est retroussé sur le polype. Outre le déplacement en bas, les polypes, suivant leur insertion et leur volume, peuvent amener d'autres déviations, l'anté ou rétroversion.

Si les polypes fibreux qui s'implantent dans le segment supérieur de la matrice sont énormément plus rares, il convient d'ajouter, autant d'après l'expression des faits que théoriquement, qu'ils offrent aussi une gravité bien plus grande. Le seul fait bien avéré, dans les nombreuses observations auxquelles j'ai fait allusion, s'est terminé par la mort. Si, dans celui que nous allons citer (Obs. xciii), l'issue a été heureuse, on verra à quelles singulières particularités cela a tenu. On pourra se convaincre que c'est surtout à la précision du diagnostic, au choix du moment pour l'opération, et au procédé opératoire employé que doit être attribué le succès.

Le polype qui prend naissance dans le segment su-

périeur se développe de façon à remplir le fond de la cavité utérine : il a acquis des dimensions très-grandes avant que, par suite des contractions expulsives de l'organe, il descende s'engager dans le col, et surtout qu'il arrive au niveau du museau de tanche.

Quand, au contraire, le polype prend naissance dans le segment inférieur de la matrice, plus le point d'insertion est au voisinage du col ou sur le col lui-même, plus tôt et plus énergiquement il détermine des contractions utérines. Alors, de deux choses l'une : ou les contractions le poussent dans le fond de l'organe, ou elles le poussent vers le museau de tanche. Dans le premier cas, il pourra prendre un développement très-considérable jusqu'à ce que, à force de contractions, la matrice lui fasse exécuter un mouvement de bascule pour le précipiter dans la cavité du col. Dans le second cas, il n'acquiert que rarement un grand volume, parce que, engagé dans la cavité du col et s'y développant, il donne lieu à des hémorrhagies et à des accidents qui éveillent de bonne heure l'attention des malades et des médecins ; et que, définitivement reconnaissable de bonne heure, il est enlevé de bonne heure aussi, au moins dans la majorité des cas.

Les polypes fibreux intra-utérins ne paraissent pas susceptibles de disparaître spontanément, de s'atrophier. C'est au moins ce qui résulte de l'observation. Ils peuvent se détacher complétement ou partiellement par suite de sphacèle, résultat d'une compression exercée par l'utérus, soit sur le pédicule, qu'il étrangle, soit sur une de leurs parties ; mais la portion pédiculaire repullule et s'accroît à la suite, dans ce dernier cas.

Si les polypes fibreux peuvent se détacher spontanément ; s'ils peuvent rester longtemps stationnaires, sans causer d'accidents, en revanche ils sont dangereux par les

hémorrhagies répétées qu'ils provoquent ; par l'usure des parois utérines qu'ils peuvent trouer ; par la septicémie à laquelle ils donnent lieu quand ils sont tombés en putréfaction sans être expulsés ; par les phlegmasies utérines ou péri-utérines, ou la péritonite même, qu'ils peuvent provoquer par suite de rupture de la matrice. Enfin, quand il y a en même temps grossesse, ils peuvent donner lieu à des dystocies plus ou moins graves. En un mot, ils peuvent être cause de stérilité, non-seulement quand ils garnissent le vagin, mais encore quand ils garnissent exactement la cavité utérine ou qu'ils obstruent l'ouverture cervicale supérieure.

Les désordres que les polypes fibreux intra-utérins suscitent vont quelquefois lentement et sourdement, sans que les malades en aient conscience ; mais ils peuvent, à un moment, devenir foudroyants, et les tuer avant même qu'on ait pu s'assurer de l'existence du polype, comme dans le cas qui est dû à M. Barth ; ou pendant que l'opérateur cherche à débarrasser les malades, ainsi que cela a eu lieu dans les cas dus à Nélaton et à Demarquay.

Si l'insertion du polype dans le segment supérieur de la matrice doit, autant d'après l'induction que d'après l'expression des faits cliniques, susciter infailliblement des accidents formidables, il reste démontré que les même accidents se produisent assez souvent à l'occasion des polypes à insertion dans le segment inférieur, surtout quand cette insertion a lieu dans la partie supérieure de ce segment. En effet, dans les six cas d'autopsie rapportés par M. Larcher (*Mémoire*, in Archives générales, 1867), et qui appartiennent à MM. Nélaton, Barth, Loir, Pinaut, Demarquay et Cruveilhier, cinq fois l'insertion est dans le segment inférieur, et une fois (cas de M. Demarquay) dans le segment supérieur.

Les polypes fibreux intra-utérins, agissant en guise de corps étrangers, déterminent, de la part de la matrice, un travail pour s'en débarrasser. En compulsant de nombreuses observations, nous arrivons à démontrer d'une manière fort nette que ce travail prend périodiquement, aux époques menstruelles, un degré d'activité ; que c'est à cette époque que les polypes tendent à s'engager dans le col utérin, à s'avancer dans le museau de tanche qui se dilate pour leur livrer passage ; que c'est, par conséquent, dans ce moment que le médecin doit chercher à les reconnaître. Il faut arriver à admettre aussi que c'est dans ce moment qu'il faut en faire l'ablation. Je peux, par les faits qui me sont propres, démontrer que c'est pendant la menstruation qu'on a plus de chance de trouver les polypes à travers le col entr'ouvert, d'en faire l'ablation avec facilité et sans danger, bien que cette opinion ait été discutée. Passé ce moment, les polypes semblent refoulés dans la cavité utérine ; non pas qu'ils remontent dans la cavité, mais parce qu'en se refermant, le col s'allonge, les dépasse inférieurement et les repousse en haut et en arrière.

La question de migrations intermittentes des polypes, signalée par Sabatier, Dupuytren, Aran, Cazeaux, Nonat, Huguier, Courtil et tant d'autres, a été mise hors de doute par M. Larcher. Dans des faits que je cite, non-seulement il y a eu divergence, opposition de diagnostic entre deux médecins qui ont visité la même malade, suivant que l'examen a eu lieu en dehors ou pendant la période menstruelle ; mais le même médecin, qui a cru reconnaître d'abord un polype à l'examen fait durant la menstruation, a pu douter ensuite de son diagnostic en renouvelant l'examen dans l'intervalle des époques menstruelles ; preuve irréfutable de migration.

Le polype susceptible d'une migration proprement

dite et complète, est le polype muqueux pourvu d'un long et étroit pédicule. On le trouve, à un moment donné, sortant de l'orifice externe du col utérin; à un autre moment, on ne le retrouve plus ; il est alors remonté plus ou moins haut dans le conduit cervical, ou même dans la cavité utérine.

Il paraît également démontré par les faits que les polypes à insertion dans le segment supérieur de la matrice sont pris, la plupart du temps, pour des corps fibreux pariétaux, intersticiels, à cause des difficultés, et souvent, de l'impossibilité de faire des explorations qui puissent donner de la précision au diagnostic. Pour ce motif, et aussi parce qu'il est matériellement impossible que la matrice les propulse spontanément hors de sa cavité, ainsi qu'elle le fait dans la majorité des cas pour ceux à insertion dans le segment inférieur, il est de règle, à plus forte raison, d'examiner les malades pendant la période menstruelle et au premier jour, parce que c'est dans ce moment que le col, dilaté, peut permettre un examen aussi complet que possible. Il est de règle également d'opérer dans ce même moment, lorsque, par une exploration précise, on aura pu se rendre exactement compte du point qui relie le polype aux parois utérines.

Mon observation (XCIII^e) démontre la réalité de toutes les propositions que je viens d'émettre. Il s'agit d'un polype fibreux à pédicule large, avec implantation sur la partie latérale droite du fond de la cavité utérine.

Les circonstances de développement de ce corps fibreux dans la cavité utérine ; sa conformation et, surtout, son point d'insertion dans le fond de la matrice, m'avaient fait renoncer de suite au parti de l'attirer de la cavité utérine dans la cavité vaginale. Pour éviter une rupture de la matrice, il fallait d'abord sectionner

son pédicule au niveau de la paroi d'insertion, ou porter sur lui une ligature pour l'étrangler.

Obs. XCIII.

CAS EXTRÊMEMENT REMARQUABLE DE POLYPE FIBREUX INTRA-UTÉRIN, AYANT SON INSERTION DANS LE FOND DE L'UTÉRUS ; PRIS POUR UNE TUMEUR FIBREUSE INTERSTICIELLE, PENDANT SIX ANS, PAR DES CÉLÉBRITÉS CHIRURGICALES DES DEUX CONTINENTS. — OPÉRATION PAR UN PROCÉDÉ SPÉCIAL, SANS ACCIDENT ; GUÉRISON.

Mme Duf..., de New-York, 30 ans, mère de deux enfants, d'une santé habituellement délicate, se trouvait à Paris, en 1861, avec son mari et ses enfants. Je lui donnai des soins pendant deux mois pour des douleurs utérines aux époques menstruelles. A chaque époque, irrégulière du reste, les pertes de sang constituaient une hémorrhagie par l'abondance et la durée. A divers examens directs, je ne constatai rien d'anormal du côté de l'utérus. Après deux mois de soins, Mme Duf... repartit dans une position très-améliorée, ayant repris des forces ; la menstruation étant plus régulière, presque normale. En janvier 1862, à New-York, suspension des règles au milieu de la santé. En mars, après deux mois de suppression, douleurs utérines comme pour un avortement. Le médecin de la famille déclare qu'il y a imminence d'avortement et fait une prescription en conséquence. Sur sa demande, un célèbre chirurgien est appelé en consultation. Ce dernier conteste le diagnostic, n'admet pas de grossesse et ne voit qu'une métrite. Quelques jours après, quatre ou cinq jours, à la suite d'une perte de sang énorme, le médecin ordinaire extrait de l'utérus un œuf fécondé de deux mois à deux mois et demi. De plus, en explorant le fond de l'utérus, il croit sentir un corps fibreux, formant corps avec le bas-fond de la matrice, et le déclare à la famille. De fait, Mme Duf... fut, à partir de ce moment, ou peut-être avant l'avortement, sous la dépendance d'une métrite violente qui la mit dans une position alarmante et dont elle ne se releva qu'après trois mois.

Le médecin habituel, bien sûr d'avoir perçu une masse fibreuse développée dans les parois utérines, vers le bas-fond, et croyant devoir attribuer tous les accidents à la présence de cette tumeur, demanda alors un examen en commun avec le docteur Barker, homme d'obstétrique, autre illustration de New-York ; rendez-vous fut pris.

Mais le col étant exactement fermé, toute exploration intra-utérine devint impossible ; il fallut se contenter de l'exploration externe du col et du corps de l'utérus par le vagin.

Il fut décidé alors qu'on provoquerait la dilatation de l'orifice au moyen d'une éponge préparée. Après ce procédé, employé deux jours de suite, les deux médecins purent, tour à tour, arriver à explorer avec le doigt la

cavité de l'utérus et constater ensemble la présence du corps fibreux dans la situation indiquée. La malade ajoute même, qu'au moyen du spéculum et d'une lumière avec miroir réflecteur, ils auraient parfaitement vu le fibroïde en question. Pour ma part, je n'en crois rien.

Quoi qu'il en soit, voici quel fut le diagnostic et pronostic de l'illustre accoucheur Barker et du médecin de la malade : « Corps fibreux de l'utérus, intersticiel, faisant corps avec la matrice à son bas-fond ; cette tumeur n'est pas susceptible d'être extraite. Une seule opération pourrait débarrasser la malade, ce serait l'ablation du corps de la matrice, par l'abdomen, au-dessus de la cloison vaginale. Quant à présent cette opération est inopportune. » Mais la malade était décidée à ne pas reculer, le cas échéant.

Alors Mme Duf... entra dans un établissement d'hydrothérapie pour y recevoir des soins ; elle y séjourna quelques mois et elle en sortit plus forte, en meilleur état de santé générale. Mais, qu'on le remarque bien, la menstruation, pour être régulière sous le rapport de la périodicité, était toujours très-abondante, durait de six à sept jours et entretenait la malade dans un état de faiblesse relative.

Il y a à New-York une maison de santé, tenue par un homœopathe. La malade se décida à entrer dans cette maison, et le docteur homœopathe, après examen, déclara qu'il n'y avait pas de tumeur dans la cavité utérine. Mme Duf... resta trois ou quatre mois dans cet établissement et dit s'être bien trouvée à sa sortie. A partir de ce moment, à part le medecin de la famille, personne n'eut plus à soigner cette malade au sujet de cette affection. Ménorrhagie à chaque époque menstruelle, débilitation par anémie, malgré les toniques et les ferrugineux, et toute la série des phénomènes liés à l'état d'anémie globulaire, tels sont les caractères qui ont constitué les phases de la vie de cette malade, avec des hauts et des bas. En 1866, au mois de juin, Mme Duf... quitte New-York avec ses deux enfants, dont l'un a 9 ans et l'autre 7, pour se rendre en Allemagne, autant pour y aller consulter quelque célébrité que pour faire faire une partie de l'éducation de ses enfants. En juillet, elle arrive à Paris où elle consulte deux médecins dont, par discrétion. elle ne donne pas les noms, deux médecins qui déclarent unanimement qu'il n'y a pas de corps fibreux dans l'utérus, mais qu'il y a des reliquats de phlegmasie utérine. Observons que ces deux confrères examinaient la malade dans l'intervalle de ses règles. Comme six ans auparavant j'avais soigné Mme Duf..., je fus aussi appelé à la voir, mais elle ne me parla pas de l'utérus, et, quand je voulus la ramener sur ce terrain, je vis qu'elle était fatiguée des tergiversations des médecins consultés jusqu'alors, et qu'elle ne voulait pas avoir l'air de s'occuper de cette affection utérine. Il me parut qu'elle avait une idée fixe, aller recourir aux lumières de l'Allemagne.

Elle partit pour les eaux de Saint-Gervais, en Savoie, qu'un des consultants de Paris lui avait conseillées, et je la perdis de vue. Après un

séjour d'un mois à Saint-Gervais, elle se rendit enfin en Allemagne avec sa mère et ses enfants. En mai 1867, elle consulta Skanzoni, que des amis et l'opinion publique lui avaient désigné. Skanzoni l'examina avant et pendant la période menstruelle. Après ce double examen, il déclara catégoriquement, comme les chirurgiens de New-York, qu'il y avait un corps fibreux, d'un volume assez considérable, inclus dans la cavité utérine ; mais que ce corps, développé dans la paroi latérale droite et dans tout le bas-fond de l'organe, faisait corps avec lui ; qu'on ne pourrait pas en faire l'ablation, à moins qu'ultérieurement et sur de plus pressantes indications, la malade se décidât à faire enlever le corps de l'utérus par la gastrotomie. Le médecin allemand insinua, au reste, comme ses confrères de New-York, que la malade pourrait vivre très-longtemps avec cette tumeur, quoique affaiblie par les pertes de sang. Il lui conseilla d'aller prendre les eaux à Kreuznach. Mme Duf... s'y rendit au mois de juillet et y séjourna jusqu'au commencement d'octobre. Elle prit 70 bains et fit usage des eaux à l'intérieur. Sa mère était de retour à Paris au mois d'avril, laissant sa fille en Allemagne. Ayant à lui donner quelques soins, je lui confiai que je venais d'opérer une dame dont la position offrait beaucoup d'analogie avec celle de sa fille. C'est le sujet de l'observation XCIV. Je lui montrai le polype fibreux intra-utérin dont j'avais fait l'ablation. Elle écrivit aussitôt à sa fille pour la faire revenir à Paris et tenter un dernier examen.

Mme Duf... arriva à Paris le 17 octobre : les fatigues du voyage, l'usage prolongé des eaux avaient déterminé de fréquentes hémorrhagies et quelques douleurs sacro-iliaques, qu'elle croyait de nature rhumatismale.

Le jour même de son arrivée, elle me fait appeler à cause de la quantité de sang qu'elle a perdu. — L'hémorrhagie commence à tarir ; j'explore l'utérus avec l'indicateur de la main gauche ; le col offre une dilatation suffisante pour permettre l'introduction de l'extrémité du doigt jusqu'à moitié de la dernière phalange ; mais alors le museau de tanche se contracte fortement et forme une bride circulaire. Néanmoins, je constate un corps en saillie, de forme et de grosseur de la moitié d'une noix, paraissant faire corps avec la paroi droite du col dans sa partie supérieure et s'en détacher inférieurement. Mais la paroi elle-même praît hypertrophiée vers la commissure du museau de tanche, sur toute la moitié droite des lèvres antérieure et postérieure. Cet épaississement semble mieux se dessiner encore quand j'explore, en dehors, le museau de tanche très-allongé.

Après cet examen, je déclare que je crois reconnaître un corps fibeux, dont je ne puis encore préciser la situation ni les rapports. — Je remets au lendemain pour un nouvel examen ; la malade est au repos. Le lendemain 18, nouvel examen. L'hémorrhagie a cessé ; le doigt peut encore pénétrer, mais un peu moins avant que la veille ; cette fois, je ne perçois absolument rien qu'un peu d'hypertrophie des parties du col plus haut in-

diquées. Je me demande, — à part moi, — si j'avais été, la veille, le sujet d'une illusion. Mais cette circonstance me fit présumer qu'il devait y avoir un polype fibreux remontant vers le fond de l'utérus après les époques ou les hémorrhagies, et je ne perdis pas espoir, bien que la malade fût découragée et parlât de reprendre le chemin de l'Allemagne. L'hypertrophie de la partie droite des lèvres et du col me laissait craindre que ce polype fît corps avec ces parties, d'autant que le diagnostic avait été établi dans ce sens par quatre des chirurgiens, qui avaient précédemment examiné la malade.

Deux fois encore, et à deux jours de distance chaque, j'explorai avec le plus grand soin pour arriver à retrouver le polype supposé, et deux fois je ne sentis absolument rien, quoique l'indicateur pût être introduit dans le tiers antérieur de la phalangette. Ce ne fut qu'à grand'peine que je pus décider la malade à rester jusqu'à son époque menstruelle, qui ne devait pas tarder à paraître, l'hémorrhagie précédente n'ayant été que consécutive à la fatigue. Du reste, cette résolution était d'autant plus difficile à prendre que sa mère était obligée de partir, le lendemain, pour New-York.

Le 30 octobre les règles surviennent et, comme d'usage, très-abondantes. Le 31 je puis commencer la dernière exploration. La dilatation du col est un peu plus prononcée que les fois précédentes, et cette fois je peux immédiatement constater la présence d'un corps fibreux, qui s'engage dans l'ouverture externe du col. Avec quelques efforts, et sans déterminer trop de douleur pour la malade, je peux contourner en tous sens cette tumeur jusqu'à 4 ou 5 centimètres de haut, mais sans pouvoir aller plus loin, et cependant ce corps se prolonge jusqu'au bas-fond de l'utérus. Cet examen reste insuffisant puisqu'il ne permet pas de percevoir le point et l'étendue de l'insertion à l'utérus. La portion perçue est oblongue, moulée sur le col très-allongé.

Je donne 2 grammes de seigle ergoté, en huit paquets, un de demi-heure en demi-heure, et remets à cinq heures du soir pour un nouvel examen. Inutile de dire que je m'étais muni de tous les instruments pour opérer l'ablation de la tumeur dans le cas où les circonstances s'y prêteraient.

A six heures du soir il y avait, en même temps que dilatation, souplesse suffisante pour permettre au doigt indicateur gauche d'aller explorer jusqu'au bas-fond de l'utérus et, pendant que la main droite pressait fortement sur le bas-ventre pour l'abaisser, de contourner en tous sens ce volumineux polype, qui était oblong, la grosse extrémité garnissant le fond de l'organe, et l'autre allongée, un peu moins grosse, s'étendant jusqu'au museau de tanche. Le pédicule, peu détaché, prenait insertion en haut, à droite, en empiétant de la paroi latérale au bas-fond ; il me paraissait large, mais bien distinct dans ses limites. — J'étais seul ; ce polype ne se prêtait pas, par sa conformation et son insertion, à un échappement

complet à travers le col. Je ne tentai rien et remis au lendemain pour opérer avec des aides. Je pus toutefois rassurer la malade et lui promettre, qu'à coup sûr, dans un moment opportun, je la débarrasserais. Je prescrivis 1,50 de seigle ergoté en six paquets, un toutes les heures à partir de trois heures du matin. Le 1er novembre, à dix heures du matin, accompagné de M. le docteur Dalpiaz, ancien interne des hôpitaux, j'étais chez la malade ; la dilatation était moins prononcée que la veille ; je pouvais percevoir le polype un peu partout, mais je ne pouvais déjà plus discerner le pédicule. Ce confrère, qui dut examiner aussi la malade, ne put se faire une idée exacte de la tumeur comme je me l'étais faite moi-même.

Remise du nouvel examen à cinq heures de l'après-midi, toujours prêt à opérer si les circonstances le permettent.

Le soir, bien que les règles continuent, la dilatation du col est moindre que le matin, et c'est à peine si nous pouvons parvenir à retrouver le polype et à le suivre dans une partie de son étendue dans la cavité utérine. Mme D..., désespérée de ce contre-temps et aussi pressée maintenant d'être débarrassée qu'elle y comptait peu quelques jours auparavant, supplie qu'on active, si c'est possible. Le sang a diminué depuis vingt-quatre heures. Enfin, pour essayer l'ablation pendant cette époque menstruelle qui va bientôt finir, je prescris à nouveau 2 grammes d'ergot en huit paquets, un de demi-heure en demi-heure, à partir de quatre heures du lendemain matin. Rendez-vous est pris pour dix heures du matin, le 2.

J'avais dessiné ce polype et son insertion après l'examen complet que j'avais pu en faire une fois. J'ai rectifié le dessin après l'ablation de la tumeur et réunion des deux portions; voici ce dessin (voir fig. 7).

Le 2, à la première exploration je juge que la dilatation est suffisante pour me permettre d'agir. Le corps du polype, dont le gros développement est dans le bas-fond de l'utérus, et dont le pédicule se trouve largement implanté sur le côté droit de l'organe près du fond, ne pourra évidemment être attiré hors de la cavité, et ce serait peine perdue que de chercher à agir dans ce sens. La malade est placée sur le dos, en travers du lit, au grand jour, les jambes fléchies et écartées, les pieds reposant sur deux chaises.

Mon confrère Dalpiaz presse sur l'abdomen pour déprimer la matrice dans le vagin pendant que mon indicateur de la main gauche, engagé fort avant dans la cavité utérine, parvient à s'interposer entre le polype et la paroi utérine, à droite jusqu'au pédicule. Une longue pince à anneau, à mors en gouttière, et munie d'écrous à la base des branches, est glissée avec la main droite dans l'utérus sur mon doigt indicateur ; puis la main droite qui tient l'instrument, écartant avec le pouce et l'indicateur ses branches, de manière à contourner le polype et à l'embrasser obliquement d'avant en arrière et de bas en haut, je puis avec l'indicateur gauche suivre les mouvements et juger du moment où le polype est saisi obliquement en

travers dans les mors de la pince ouverte. Dès que l'indicateur s'est assuré que les branches écartées embrassent le polype, je serre les mors et les fixe par l'écrou qui est à la base des branches. La tumeur se trouve saisie obliquement près la partie médiane et dans toute l'épaisseur. Je confie alors les pinces à M. Dalpiaz, qui en relève les branches un peu en haut et à gauche.

Une seconde pince à mors dentelés, en cuiller, est glissée pareillement

Fig. 7.

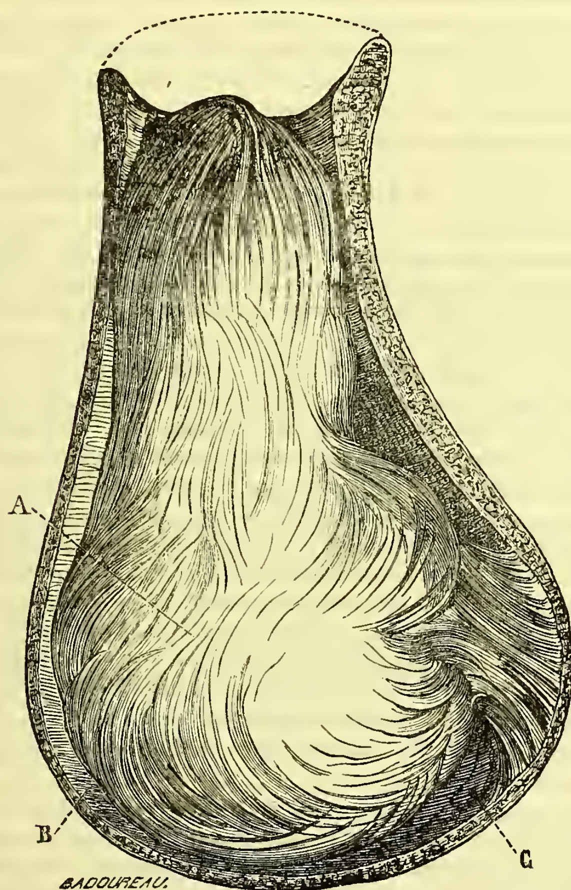


Fig. 7. — A. Première section.
B. Corps de l'utérus.
C. Pédicnle.

sur mon indicateur, et va par le même mouvement saisir le polype dans la même direction et plus haut. Quand la tumeur est exactement embrassée dans l'écartement des branches, je serre graduellement et maintiens le serrement.

Le polype ainsi saisi et étreint, je suis sûr d'entraîner facilement hors de l'utérus sa portion antérieure, en tirant graduellement avec la main droite sur la pince à bords mousses, et très-légèrement avec la main gauche sur la pince à mors dentelés. En exerçant des mouvements de va-et-vient, je fais saillir effectivement, en partie, hors du col, la portion saisie du polype ; mais le pédicule, large, épais et court, offre une résistance telle qu'il ne m'est pas permis d'entraîner au dehors la totalité. Je presse alors graduellement sur les branches de la pince à mors dentelés, et j'opère la section du polype. Toute la partie antérieure, la plus longue, mais la plus étroite, est extraite. Pas d'hémorrhagie. J'introduis alors, à nouveau, l'indicateur de la main gauche dans l'utérus, et vais contourner le pédicule en passant par-dessous. Il y a maintenant de l'espace. La pince à mors dentelés, en cuiller, est de nouveau introduite sur l'indicateur qui sert de guide. En écartant les branches, j'engage une cuiller au-dessus du pédicule, en rasant la paroi utérine, et l'autre au-dessous, ce qui m'est devenu facile par l'espace fait par l'indicateur qui sert de conducteur ; et quand je sens le pédicule pris entièrement entre les mors, je serre la pince et la fixe au moyen de l'écrou.

Cela fait, je confie la pince à M. Dalpiaz, qui relève un peu le manche en haut et à gauche de la malade. Puis j'introduis la pince à mors mousses en gouttières et fenêtrée, en la dirigeant toujours avec l'indicateur de la main gauche. Arrivé sur la portion restante du polype, j'écarte les branches, et les mors entr'ouverts contournant les parois utérines peuvent facilement saisir cette portion. Quand je la sens bien saisie, je serre au moyen de l'écrou et retire le doigt indicateur resté jusque-là dans la cavité utérine. Je donne plusieurs crans à la pince à mors dentelés, et cela graduellement, de manière à sectionner le pédicule lentement et par pression ; et quand je crois la section opérée, je tire, par un mouvement de va-et-vient, avec la main droite la pince à mors mousses, et avec la main gauche la pince à mors dentelés. En quelques secondes je puis extraire en totalité, et avec son pédicule, la grosse portion du polype.

La plus grande difficulté a été de lui faire franchir le col qui commençait à se contracter.

L'extraction faite, j'ai pu m'assurer, et M. le docteur Dalpiaz a pu s'assurer après moi, que l'utérus était complétement vide et que la section du pédicule avait été faite au rez de la paroi utérine sans que celle-ci eût été endommagée. — Il n'y a eu que très peu de sang perdu ; l'utérus est revenu immédiatement sur lui-même.

La malade dit qu'elle a éprouvé autant de douleurs que dans un accouchement laborieux, comme elle en a eu un.

Les suites ont été très-simples, sans accident d'aucune sorte. Mme D... s'est levée presque toute la journée; le lendemain elle a pu aller faire une courte visite, rue de la Paix, à une de ses amies, qui partait pour New-York, et pouvait porter au mari de la malade la bonne nouvelle de sa délivrance. J'ai suivi Mme D... jusqu'au mardi 27 novembre, où elle est repartie pour l'Allemagne sans avoir éprouvé ni fièvre ni douleur, et n'ayant perdu, depuis l'opération, qu'un peu de sanie pendant les deux jours qui l'ont suivie (1).

(Extrait de la *Gazette médicale.*)

2° Polypes autres que les polypes fibreux.

Les polypes muqueux ou glandulaires sont généralement petits et mous. Ils se retirent dans le col et sont souvent introuvables au toucher. Le spéculum permet de les découvrir. Quand ce sont des excroissances papillaires, ils saignent abondamment et facilement. Il est une variété de polypes glandulaires que Oldham a décrite sous le nom de polype canaliculé. Le polype fibro-kystique peut affecter le même aspect.

Les polypes muqueux ont parfois la forme de kystes, tenant à la muqueuse par un pédicule étroit et mince. Ils se présentent sous forme ovalaire ou arrondie, depuis la grosseur d'un petit pois à celui d'une amande ; ils sont constitués par une agglomération de petits kystes contenant un liquide visqueux, épais, dont les parois sont fibreuses et denses. L'enveloppe de ces polypes est souvent un mélange de tissu fibreux et muqueux, et l'enveloppe muqueuse se retrouve sur la jonction avec la muqueuse du col.

(1) J'ai vu la malade deux fois depuis, et à trois ans de distance. Elle se porte très-bien. Il n'y a pas eu de repullulation ou de récidive. Le 15 août 1876, Mme Piers..., mère de Mme Duf..., qui habitait la France et était en correspondance avec sa fille, est partie pour aller habiter définitivement avec elle à New-York. Elle m'a assuré de nouveau, avant son départ, que sa fille se porte toujours très-bien depuis l'opération.

Il est des petits polypes dénommés hypertrophiques, parce qu'ils semblent plus particulièrement constitués par l'hypertrophie d'une partie d'un tissu normal. Ce sont surtout ces petites tumeurs polypeuses, qu'on rencontre souvent à l'ouverture cervicale des cols hypertrophiés. Variables en volume, depuis un petit pois à une cerise, ils sont généralement arrondis, quelquefois aplatis, allongés. C'est à l'aide du spéculum qu'on les découvre, car ils échappent souvent au doigt explorateur, vu qu'ils gagnent du rebord dans la cavité du col. Après un temps de leur existence, ils peuvent se présenter hors du col. Ils donnent lieu aux hémorrhagies fréquentes. Presque toujours solitaires, il peut cependant en exister plusieurs à la fois. Le doigt les perçoit sous forme d'un pois mou. Ce sont les hémorrhagies qui conduisent à les rechercher, les découvrir et les enlever. Leur ablation soulage, arrête en partie les hémorrhagies, mais ne donne aucun résultat avantageux pour l'hypertrophie du col à laquelle ils sont liés ; celle-ci a besoin, à son tour, de l'intervention active de l'art.

La structure de ces polypes est identique à celle du col hypertrophié qui leur donne naissance. Quand ils tiennent encore au col, ils présentent une coloration d'un rouge vif ; c'est qu'ils sont vasculaires. Quand ils sont enlevés, leur surface est pâle. Nous en avons enlevé quatre qui ont offert ces aspects. Dans ces quatre cas, nous avons excisé, avec des ciseaux, jusque dans le tissu hypertrophié du col, et cautérisé profondément ensuite, avec le cautère olivaire ou cylindrique, au rouge cerise. Dans un autre cas, nous avons excisé, avec notre sécateur, au rouge cerise, la portion saillante de la lèvre hypertrophiée qui supportait le polype.

Il est, enfin, une forme de polype qui a été dénommée par C. Braun polype placentaire ; mais c'est à tort qu'on

appelle polypes ces débris du placenta et des membranes, qui forment des masses dans la cavité utérine où elles restent attachées. Ces masses donnent lieu aux hémorrhagies quelque temps après l'accouchement. Braun cite cinq cas semblables : dans quatre, les masses furent enlevées avec les doigts ; dans le cinquième, elles furent expulsées par la matrice. — Ce sont ces masses placentaires que Nonat a dénommées improprement des fongosités utérines. — Il y a des polypes décrits par Malgaigne sous le nom de polypes multiformes et contenant des cheveux ; et ce polype que Kiwisch a dénommé, à tort, fibrineux, parce que, produit d'une apoplexie utérine, selon lui, il est constitué par un gros caillot qui se rattache à l'utérus par un pédicule fibrineux, et dont la partie libre est un caillot mou, rouge, recouvert d'une couche de fibrine solide. — Scanzoni nie cette forme de polype et prétend que ce ne sont que des avortements. Scanzoni a, sans doute, raison pour la pluralité de ces polypes, et nous dirons pourquoi. Donnons d'abord son explication : « Un œuf, après s'être greffé sur la muqueuse, dit-il, et avoir été recouvert par la caducque réfléchie, est facilement poussé en bas par les contractions utérines. Ses attaches s'allongent, l'embryon s'échappe, une portion des membranes et du pédicule reste, et, augmentée du caillot fibrineux, forme la base du polype fibrineux. » Nous avons observé ce fait cinq fois sur deux femmes qui n'avaient jamais eu d'enfant ; trois fois sur l'une, deux fois sur l'autre. Chez la première, trois ans de suite, après un retard de deux mois. Nous n'avons trouvé que le caillot doublé de membranes et ayant un vrai pédicule. L'embryon s'était échappé auparavant.

Cette dame a fini par avoir un enfant.

La seconde nous a offert deux fois le même phénomène.

C'est une jeune femme de 25 ans ; elle n'a jamais eu d'enfant. Voilà pourquoi nous disions que Scanzoni nous paraît avoir raison pour certains cas.

Mais Mac Clintoch a dessiné une masse tenant, par un pédicule dans la cavité utérine, et trouvée sur une malade dont on faisait l'autopsie pour un autre cas. Cette masse, qu'on dénomme polype, était bien un placenta relié à la matrice par un pédicule et qui avait séjourné longtemps. (Barnes, *Clinique des Maladies des femmes*, p. 672.)

3° Traitement.

Le traitement du polype est de droit son ablation. L'indication est impérieuse quand il donne lieu à des accidents ; elle est fondée quand on l'a reconnu, quoiqu'il ne donne encore lieu à aucun accident, mais parce qu'il est fatalement destiné à en susciter.

Une fois le polype reconnu, quels que soient son volume, sa forme et son point d'insertion, il faudra procéder à son ablation pendant la période menstruelle ; et, chez les femmes qui ne sont plus réglées, agir pendant l'hémorrhagie, parce que l'expérience a prouvé que, pendant l'hémorrhagie, le col est dilaté, et que la matrice cherche à expulser au dehors ce corps étranger. C'est même ce travail qui, généralement, donne lieu aux hémorrhagies intermittentes ; car, une fois le polype engagé dans le museau de tanche, et le franchissant en partie, il suscite ordinairement un écoulement continu de sang qui finit par devenir fétide.

Les méthodes pour l'ablation des polypes fibreux intra-utérins varient nécessairement, suivant qu'ils sont sortis de la cavité utérine pour plonger dans la cavité vaginale, ou suivant qu'ils restent inclus dans la pre-

mière. Sous ce dernier rapport, elles varient encore, suivant que le point d'insertion est dans le segment supérieur, ou dans le segment inférieur de la matrice. Les procédés opératoires pour faire la section du pédicule sont différents suivant ces diverses circonstances. Un polype fibreux étant donné, s'il prend son insertion dans le segment inférieur de l'utérus, on pourra espérer, quel que soit son volume, le faire basculer, l'amener hors du col, dans le vagin; et alors le pédicule sera d'autant plus facile à sectionner sur le point de jonction avec la paroi utérine. Pour cela, il faut une ouverture suffisante du col; et sa dilatabilité, toujours possible dans la période menstruelle, permet de l'obtenir. On n'oubliera pas que, dans ce cas, en agissant avec patience, lenteur et continuité, on pourra dégager le polype de l'utérus, et que le col se retroussera alors en manchette après le dégagement. Attirer le polype hors de la matrice constitue donc, avec l'ensemble des manœuvres à employer pour cela, une méthode. Quand le polype, quoique inséré au segment inférieur, ne pourra pas être amené au dehors, soit à cause de son volume trop considérable, soit parce que son insertion est à la partie la plus élevée de ce segment, ou par ces deux conditions réunies, et qu'on aura à craindre de lacérer les parois de la matrice par de trop fortes tractions ou des manœuvres trop violentes, il faudra alors recourir à une autre méthode, à celle qui s'applique aux polypes à insertion dans le segment supérieur. Les manœuvres opératoires devront alors s'exercer dans la cavité même de l'utérus, ce qui devient beaucoup plus difficile, plus délicat, et demande du tact et de l'habileté.

Cependant, quand on réfléchit qu'après un avortement de deux à trois mois de gestation, quand le délivre est retenu dans le fond de l'utérus, on peut aisément

aller à sa recherche et l'extirper, soit avec les doigts, soit avec les doigts et des tenettes *ad hoc*; que la matrice se prête alors parfaitement à toutes ces manœuvres, on conçoit aisément qu'on puisse, avec la même facilité, aller à la recherche du polype intra-utérin pendant la menstruation, parce que la matrice offre alors des dispositions analogues à celles du travail d'avortement. Il reste donc à tracer les manœuvres à employer dans ce dernier cas, puis nous énumérerons les procédés de section du pédicule et les soins consécutifs.

Les manœuvres varient suivant la forme et le volume du polype. Si son volume est tel qu'il ne paraisse pas possible de l'extraire en totalité et d'un seul coup après la section du pédicule, il faut se résoudre à le diviser en deux, pour extraire une portion l'une après l'autre. Je m'explique : admettons que le polype a une étendue beaucoup plus grande dans son diamètre longitudinal que dans sa circonférence, comme dans ma XCIII^e^ observation; en sectionnant par écrasement le corps fibreux en travers de sa longueur, on extrait de suite cette première moitié. Il y a alors de l'espace dans la cavité utérine, et l'on peut sans désemparer aller sectionner le pédicule qui soutient l'autre moitié; et, quand ce pédicule est sectionné, à son tour, au rez de la paroi utérine, on extrait la seconde moitié. Cela constitue la méthode. Cette méthode est en tout préférable aux autres, parce qu'elle permet d'extirper tout le corps fibreux exactement, et que la matrice, immédiatement débarrassée, revient sur elle-même, expulse les sanies par ses contractions et n'est point exposée aux chances d'inflammation ou de septicémie, comme cela arrive dans la méthode qui consiste à porter une ligature sur le pédicule, et à attendre ensuite l'expulsion du polype qui peut arriver à la putréfaction par sa mortification.

Je dis qu'il faut sectionner par écrasement gradué et le polype et le pédicule; cette manière de faire enlève toute chance d'hémorrhagie, quoique l'hémorrhagie soit fort peu à craindre quand il s'agit de polypes fibreux.

Si, par sa conformation et son volume, le polype paraît dans des conditions à pouvoir franchir en totalité le col, une fois le pédicule sectionné; si surtout il existe assez d'espace dans la cavité utérine pour pouvoir manœuvrer assez librement pour sectionner le pédicule, le polype pourra être enlevé en entier et d'un seul coup. Son morcellement devient nécessaire, au contraire, quand il n'y a pas assez d'espace pour la liberté des manœuvres. Alors la matrice, dégarnie de la moitié du corps qui l'obstrue, se prête beaucoup mieux à ces manœuvres pour l'ablation du reste.

Les méthodes consistent donc à attirer d'abord le polype dans la cavité vaginale, quand il n'y est pas, et à sectionner ensuite tout le pédicule presque à ciel ouvert; à manœuvrer dans la cavité utérine elle-même, quand il est impossible d'attirer le polype dans le vagin, et, dans ce dernier cas, à sectionner le polype et extraire une première partie, avant de sectionner le pédicule pour extraire la seconde; ou, si faire se peut, à sectionner immédiatement le pédicule et extraire ensuite la masse fibreuse.

Les procédés d'ablation sont :

1° L'étranglement graduel et progressif au moyen de la ligature. — Cet étranglement dure de six à dix jours, détruit la circulation dans le pédicule et le polype se putréfie. C'est un moyen qui expose à la métrite, à la septicémie; on y a renoncé. R. Sée rapporte neuf cas de mort sur cinquante-neuf opérations pratiquées d'après cette méthode, au moyen de l'instrument de Gooch, qui

est une modification de celui de Nissen. Mac Clintoch cite trois morts sur dix opérations.

2° La torsion. — Elle n'est guère praticable que pour les petits polypes du col, et elle doit être opérée à travers le spéculum pour voir clairement les parties sur lesquelles on agit. Cette méthode expose au déchirement, à l'arrachement d'une partie de la muqueuse de l'utérus ou de l'utérus lui-même. C'est un mauvais moyen ; il doit être rejeté eu égard aux moyens plus prompts, plus précis que nous possédons.

3° L'excision. — Elle se pratique avec les ciseaux ou un ténotome mousse, conduit sur l'indicateur de la main gauche. Elle n'est pas exempte de tout danger ; elle expose à l'hémorrhagie ; cependant cette dernière n'a guère lieu que pour les polypes qui ne sont pas franchement fibreux et dont le point d'insertion est très-vasculaire, par suite du développement anormal du réseau vasculaire du point correspondant de l'utérus. Mais en portant le fer rouge sur le point où a lieu l'excision et immédiatement après, on est parfaitement sûr de se rendre maître de l'hémorrhagie, et il ne manque pas d'autres moyens de la dompter.

On a inventé plusieurs instruments pour opérer l'excision par section. Celui d'Aveling, figuré dans le catalogue des instruments d'obstétrique de 1866, est certainement fort ingénieux, mais d'une application difficile et ne s'adaptant pas à tous les cas.

Qu'on se figure le lithotome de Thompson et on aura une représentation assez fidèle de cet instrument, avec cette différence, que le percuteur est remplacé par une lame dont le tranchant, étant abaissé, est reçu dans la cuillère creuse et recourbée qui termine la canule-gouttière. En sorte que le pédicule du polype étant contourné et embrassé par la cuillère courbe, en pressant sur la

tige terminée par le tranchant, on fait la section du pédicule sans intéresser les parois utérines.

L'introduction et l'adaptation de cet instrument peuvent être difficiles, impossibles même ; on l'a abandonné.

Les chirurgiens recourent plus volontiers, surtout pour les polypes à gros pédicules, à la ligature par section immédiate, et mieux encore à l'écraseur linéaire. Mais pour l'application de la ligature, comme de la chaîne ou fil de fer des écraseurs linéaires, la première condition c'est que l'indicateur de la main gauche, introduit dans la cavité utérine, puisse passer entre le polype et les parois utérines, arriver sous le pédicule, le contourner même pour servir de guide aux anses métalliques ou de corde, pour les faire glisser autour du pédicule et l'embrasser.

C'est là le plus difficile de la manœuvre opératoire, et on ne pourrait opérer sans cela, au moins avec sécurité. Sans doute ce procédé met à l'abri des hémorrhagies ; mais il est assez difficile dans l'application, nécessite des tâtonnements, souvent des reprises multiples. Et puis la chaîne ou le fil métallique de l'écraseur, qui agit avec l'aveuglement de la chose mécanique, pourrait, si l'on ne prenait pas les plus grandes précautions, si on n'entourait pas le pédicule à un point assez distant des parois utérines, aller entamer ces parois par la section conique qu'il opère, et dont la base est au point de départ, et le sommet en arrière, la chaîne gagnant toujours du tissu à mesure qu'elle coupe. En un mot, quoiqu'on préfère aujourd'hui l'écraseur à fil métallique, parce qu'aux avantages de l'excision il joint ceux de la ligature, il n'en est pas moins vrai qu'il offre les inconvénients que nous venons de signaler.

Il y a une vingtaine d'années, nous avions à enlever un très-volumineux polype chez une malade exsangue

et tout à fait épuisée par les pertes de sang. Désirant ne pas perdre une goutte de sang, nous opérâmes avec un écraseur construit par Luer, et avec l'aide de ce fabricant. Le polype avait pu être attiré hors de la vulve; nous opérâmes à ciel ouvert. Nous pûmes donc constater, après l'opération, une entaille en cupule, faite par l'écraseur, sur le point de la paroi du col où s'attachait le pédicule. — C'était l'écraseur à chaînettes de Chassagnac.

En somme, les meilleurs procédés d'ablation des polypes qui ont leur pédicule au segment inférieur de l'utérus, qu'on peut facilement atteindre avec les doigts, qu'on peut faire mouvoir, basculer, amener souvent en dehors du museau de tanche, sont :

1° L'excision avec des ciseaux mousses à la pointe e courbes sur plat, suivant les cas ; ou avec un ténotome mousse à la pointe, qu'on guide sur l'indicateur de la main gauche, sans avoir à redouter les hémorrhagies, qu'on peut prévenir par la cautérisation au fer rouge de la partie de l'utérus sur laquelle a porté la section. Au reste, la matrice, débarrassée du polype et capable de se contracter énergiquement, suffirait, au besoin, à arrêter l'écoulement du sang, si on provoquait ses contractions.

2° La ligature à étranglement immédiat, qui entraîne, séance tenante ou à bref délai, le détachement du polype avant qu'il soit putréfié. Il y a divers moyens de passer et de porter la ligature, tantôt avec des instruments *ad hoc*, porte-ligatures de toutes sortes, tantôt avec le seul secours des doigts.

3° L'écrasement par des fils de fer ou d'argent, ou même de chanvre, qu'on adapte à l'écraseur après avoir embrassé le pédicule. On peut sectionner le polype dans une plus ou moins grande étendue, par écrasement plutôt

que par section simple, pour se faire de la place et avoir un espace suffisant pour aller manœuvrer sur le pédicule. La section par écrasement s'exécute fort bien avec de grandes pinces, tire-balles, dont les cuillers sont creuses et dentelées sur les bords. J'ajoute que c'est la meilleure manière.

Quand le pédicule du polype est fixé au segment supérieur de l'utérus, et surtout au fond de l'organe, les mêmes procédés sont applicables, mais les manœuvres, pour l'exécution, peuvent être extrêmement difficiles, et quelquefois tellement difficiles que le chirurgien peut être découragé. C'est dans ces cas, surtout, qu'on rencontre l'inversion de l'utérus qui, à force de contractions pour expulser le parasite qui le gêne et l'irrite, et n'y parvenant pas, fait, à mesure que la tumeur vient saillir dans le col dilaté, avancer le sommet libre de celle-ci. Puis elle finit par faire retourner les lèvres du museau de tanche qui se retroussent en dehors et autour. Dans cette situation, plus la matrice se contracte et plus rapidement s'effectue l'inversion, qui peut devenir tellement complète qu'on prenne le polype pour l'utérus lui-même.

Il est d'un intérêt capital, avant d'opérer, de rechercher, de connaître s'il y a ou non inversion de l'utérus, car la méprise a pour résultat la mort de la malade.

Nous avons dit que la question de migration des polypes fibreux est un fait absolument démontré ; que le même médecin, explorant la même malade, à diverses époques, peut, après avoir constaté la présence d'un polype fibreux, ne plus retrouver ensuite ce polype, parce qu'il est remonté dans la cavité utérine.

Voici l'exemple le plus concluant et qui nous est personnel :

Obs. XCIV.

POLYPE FIBREUX INTRA-UTÉRIN VOLUMINEUX, PÉDICULISÉ SUR LA PARTIE GAUCHE DE LA CAVITÉ DU COL, VERS SON OUVERTURE SUPÉRIEURE; AYANT DONNÉ LIEU A DE TRÈS-FRÉQUENTES HÉMORRHAGIES QUI ONT ENTRAÎNÉ L'ANÉMIE. MÉCONNU PENDANT QUATRE ANS PAR LES MÉDECINS QUI ONT TRAITÉ LA MALADE, RECONNU DANS LE COURS D'UNE MÉTRORRHAGIE ET ENLEVÉ QUINZE JOURS APRÈS, AU DÉBUT DE L'ÉPOQUE MENSTRUELLE.

Mme Morg..., 35 ans, bonne constitution, tempérament bilieux-sanguin, n'ayant jamais fait de maladie, mère de plusieurs enfants, habitait la Ferté-sous-Jouarre. Il y a quatre ans et demi, après une suspension des règles de trois mois environ, cette dame avorte sans que des circonstances exceptionnelles paraissent avoir entraîné cet accident. C'est la première fois qu'elle ne mène pas la grossesse à terme.

Les suites de cette fausse couche furent longues et très-pénibles, au dire de la malade; et, au fait, toujours d'après son dire, elle ne s'est jamais bien rétablie.

Il y a mieux. Il lui est resté une douleur sourde dans la limite qui sépare le flanc de la fosse iliaque gauche, et, un ou deux jours avant l'apparition de ses règles, elle éprouve sur ce même point une douleur violente qui s'irradie dans le bas-ventre, sur le corps de la matrice. Elle appelle cela une crise. Ce n'est qu'après un jour d'écoulement des menstrues que ces douleurs disparaissent. Elle compare ces douleurs du bas-ventre à celles qu'elle éprouvait, à un certain moment, dans le travail de parturition, et il lui semble qu'elle a un abaissement de matrice. Les règles sont de vraies hémorrhagies, assez régulières généralement sous le rapport de la périodicité. Une fatigue un peu forte, un effort pour soulever un fardeau, la marche prolongée, etc., etc., les suscitent immédiatement.

Maintenant, comme renseignements, elle déclare que, dans son pays, elle a été traitée pour une inflammation de matrice, et elle est convaincue qu'elle a une maladie chronique incurable. De forte et bien constituée qu'elle était, elle s'est amaigrie considérablement depuis ces quatre années et demie. Elle est devenue anémique, avec teinte pâle de la face; elle s'essouffle facilement à la marche, est incapable de travailler et éprouve de fréquentes palpitations. Ne pouvant plus se livrer à un travail actif en province, on lui a conseillé de venir s'installer à Paris pour y exercer une profession sédentaire.

Dans le commencement d'août dernier, elle vint donc à Paris faire l'acquisition d'un magasin de papeterie en vente, 18, rue Miromesnil. Après l'acquisition elle s'y installa, et le 15 du même mois, par suite des fatigues de son installation, elle fut prise de ses crises ordinaires avec hémorrhagie utérine. Je fus appelé alors auprès d'elle pour la première fois. J'écoutai

patiemment toute son histoire, dont je fis la part des illusions. Je cherchai de suite à calmer la douleur et à arrêter l'hémorrhagie par les réfrigérants appliqués snr le bas-ventre. M[me] Morg... avait eu ses règles quinze jours avant; ceci n'était donc qu'une perte de sang occasionnée par les circonstances récentes. Tout cela m'avait donné à réfléchir. Je pensais à un corps fibreux intra-utérin, mais je ne pouvais pas,, de but en blanc et à ma première visite, demander à explorer une malade, en face de laquelle je me trouvais pour la première fois.

Le lendemain 16, les douleurs avaient cessé complétement et la perte était presque éteinte. M[me] Morg... se trouvait heureuse et me renouvelait toute l'histoire que je viens de raconter.

Je lui dis que je soupçonnais un corps fibreux inclus dans la cavité utérine, et la priai de vouloir bien me laisser livrer à un examen devenu nécessaire. Elle parut incrédule, et son mari, présent, ne l'était pas moins qu'elle; en sorte qu'il fallut beaucoup de supplications pour la décider à un examen qui lui répugnait, du reste, souverainement.

Cependant sa résistance fut vaincue. L'exploration du col fut assez facile. Il y avait encore une dilatation qui permettait d'engager l'extrémité de l'indicateur. Je sentis distinctement une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, qui était engagée dans l'ouverture interne du col, mais je ne pus aller plus loin.

Cela me suffisait, et mes prévisions étaient corroborées par le fait. J'expliquai alors à la malade et au mari comment, à la prochaine apparition des règles, je pourrais peut-être la débarrasser de la maladie qu'elle croyait incurable.

Cependant, deux jours après, alors que M[me] Morg... était tout à fait bien, je voulus encore explorer l'utérus. Mais, cette fois, quoique le doigt pût pénétrer comme l'avant-veille dans l'orifice légèrement dilaté, je ne sentis plus rien ; le corps fibreux était remonté dans le fond de l'utérus.

J'engageai alors les époux Morg... à me faire demander aussitôt l'apparition du sang, à la prochaine époque, et j'attendis.

Le 1[er] août, je suis rappelé; M[me] Morg... avait ses règles depuis la veille au soir, et cette fois sans crise. Je me rends auprès d'elle à huit heures du matin.

Le col est plus dilaté qu'à mon premier examen; le doigt peut facilement être introduit jusqu'à la deuxième phalange. Il perçoit le corps fibreux engagé par son sommet inférieur dans la cavité du col jusqu'au museau de tanche. Je peux pénétrer entre le corps fibreux et les parois utérines, le palper dans toute son étendue, en le contournant en tous sens, et aller le délimiter en haut et en arrière. De plus, je puis préciser qu'il y a un pédicûle très-distinct, bien isolé, du volume d'un petit doigt, résistant, qui s'implante sur la paroi gauche du col, à l'orifice supérieur. De ce pédicule se détache le polype pyriforme, à grosse extrémité supérieure.

Après avoir dessiné ce que l'exploration digitale m'a permis de conce-

voir, je promets de revenir à onze heures, muni des instruments nécessaires pour en opérer l'ablation.

Revenu à onze heures, muni des instruments nécessaires à tous besoins, je fais coucher la malade sur le dos, en travers sur son lit, le bassin reposant sur le bord du lit, les jambes appuyées sur deux chaises et fortement écartées. L'indicateur gauche est introduit dans l'utérus, de façon à glisser entre les parois de l'organe et le corps fibreux. Il va contourner encore le polype comme le matin, et s'assurer à nouveau des rapports respectifs. Cela fait, une pince à mors dentelés est glissée sur le doigt et parvient, toujours sous sa tutelle, dans la cavité utérine un peu au-dessus du col. Là, j'écarte les branches de la pince, et, par un mouvement de rotation, je parviens à engager dans l'écartement des mors le sommet inférieur du polype. Je serre alors l'instrument au moyen de l'écrou, et, en poussant plus loin l'indicateur gauche resté en place, je vais en appliquer l'extrémité derrière la partie supérieure du polype. A ce moment, je recommande au mari de presser fortement avec ses deux mains sur le bas-ventre, afin de pousser l'utérus en avant. Au même instant, tirant de la main droite sur la pince qui tient l'extrémité inférieure du polype, et appuyant très-fortement avec l'indicateur gauche sur son sommet, de façon à le pousser en avant et en bas, je parviens à faire franchir le col par la moitié du corps fibreux, la totalité ne pouvant sortir, retenue fortement par le pédicule devenu très-tendu qui ne permet pas un plus grand mouvement en avant.

Je confie alors la pince à traction au mari, en lui recommandant de maintenir au même point cette traction en avant. De la main droite je saisis des ciseaux longs et courbés légèrement sur le plat des lames, puis, sans désemparer, l'indicateur de la main gauche va s'engager en arrière du pédicule, en repoussant la paroi utérine où il s'attache. Les ciseaux sont glissés à plat sur ce doigt, et, quand l'extrémité mousse est sous le pédicule, je fais avec la main droite un petit mouvement de retrait, me guidant sur l'indicateur gauche et tournant la partie convexe des lames réunies sur les parois de la matrice ; puis, écartant les lames au niveau du pédicule, l'une est engagée sous lui, dirigée par l'indicateur, et l'autre au-dessus ; en sorte que le pédicule se trouve exactement dans l'écartement des lames. Alors l'indicateur s'assure de nouveau que le dos des lames entr'ouvertes des ciseaux s'applique bien sur la paroi correspondante de la matrice et la repousse de façon que le pédicule, bien pris au rez de son insertion, puisse être sectionné exactement ; j'en fais la section graduelle et avec une certaine lenteur. Quand la section du pédicule est opérée, je reprends la pince confiée au mari et entraîne au dehors ce polype dont la forme ne saurait mieux être comparée qu'à celle d'une pomme de Calville, un peu allongée à son extrémité. Le poids est de 222 grammes. Il n'y a que très-peu de perte de sang ; le repos absolu est prescrit à la malade, à qui je n'ordonne que de la limonade au citron.

Les suites de cette opération ont été des plus heureuses.

Le lendemain 2, la malade avait dormi toute la nuit, n'avait eu d'autre perte de sang que celle d'une menstruation très-faible. La matrice était revenue sur elle-même.

Le 4, il n'y a plus une goutte de sang. La malade mange avec appétit, se lève depuis la veille.

Le 5, elle va si bien qu'elle peut aller prêter, au palais, le serment exigé pour la vente de livres qu'elle a obtenu d'ajouter à son magasin de papeterie. Depuis lors, Mme Morg... a repris force et vigueur. Elle peut travailler. Elle a eu ses règles au commencement de septembre, octobre et novembre très-régulièrement et très-peu abondantes; la durée n'a jamais dépassé trois jours chaque fois. Ce corps fibreux conservé mesure 12 centimètres verticalement et 14 centimètres dans la plus grande circonférence.

J'ai revu et examiné cette dame après quatre mois. Je me suis assuré que l'ulcération, résultant de la section du pédicule sur la paroi utérine, était exactement cicatrisée, et que le col avait repris sa conformation *normale* (1).

Il ressort de la relation de cette observation : 1° que le polype fibreux intra-utérin donne lieu, dès le début, à des hémorrhagies compromettantes et même à la phlegmasie utérine, chez la femme la plus vigoureuse ; 2° que si l'examen de la matrice n'est pas exécuté durant l'époque menstruelle, fût-il fait par divers médecins et à divers intervalles, l'existence du polype peut ne pas être soupçonnée; et que moi-même, qui l'avais reconnu dans un premier examen, durant une métrorrhagie, je ne l'avais plus retrouvé quand l'écoulement du sang avait cessé.

Dans un autre cas rapporté à l'observation III de mon *Mémoire sur les fibrômes utérins*, 1868, un premier médecin méconnut l'existence du myôme. Six mois après, un second, qui examinait la malade durant son hémorrhagie, le reconnut pertinemment et proposa à la malade de l'opérer, ce qu'elle refusa. Six mois après,

(1) Extrait du Mémoire de l'auteur sur les corps fibreux intra-utérins (Baillière et fils, 1868).

examen d'un troisième médecin, qui déclare carrément qu'il n'y a pas de polype. Peu de temps après, l'écoulement sanguin devenant continu, parce que le myôme avait franchi l'orifice externe, on fit appeler le docteur Guetser, qui constata la présence d'un polype volumineux, et me fit appeler pour l'opération.

Dans l'observation qui porte le numéro IV du même Mémoire, l'erreur des médecins, — ils furent trois, — fut constante et prolongée, durant l'époque hémorrhagique. Puis, quand le polype, expulsé de l'utérus dans la cavité vaginale, ne donna plus lieu qu'à un écoulement de sanie fétide, un quatrième médecin fit complétement fausse route et considéra la tumeur comme un cancer de l'utérus. La malade était profondément épuisée et amaigrie quand je l'opérai. Elle se releva bientôt.

Nous donnons, en ce moment, des soins à une dame atteinte de ménorrhagie depuis sept ans. Elle est amaigrie et épuisée. Le croirait-on ! huit confrères différents l'ont soignée; tous ont prescrit force remèdes. Sept, sur huit, n'ont jamais fait d'exploration. Le huitième a exploré l'utérus en dehors des règles. Il a déclaré l'utérus sain, et, comme tous les autres, il a mis les hémorrhagies sur le compte du retour d'âge. Cette dame a un fibrôme bilobé interstitiel, et nous attendons le moment opportun pour la débarrasser, s'il y a possibilité.

Ces preuves, que nous pourrions multiplier à l'infini, démontrent que toutes les fois qu'il y a hémorrhagie utérine, il faut immédiatement et soigneusement explorer l'utérus, sous peine de laisser compromettre la vie des malades, car les erreurs sont trop faciles quand l'examen est fait en dehors des hémorrhagies ou des règles. Nous ne saurions trop insister sur ce point, que nous avons déjà établi ailleurs d'une manière formelle.

Obs. XCV.

Deux polypes fibreux, l'un prenant racine près de l'ouverture interne du col, l'autre ayant son pédicule tout a fait au bas fonds utérin, chez une jeune personne de 22 ans. Ménorrhagies de longue date, puis écoulement continu du sang; épuisement, anémie extrême. Hystérotomie par les voies naturelles, guérison momentanée; repullulation, a quatre ou cinq mois de distance, du polype du fond de l'utérus, cette fois avec tous les caractères de la tumeur maligne, ceux de l'encéphaloïde; six opérations successives; infection générale.

Une jeune Américaine, miss Gree..., âgée de 22 ans, était depuis longtemps affectée de ménorrhagie, avec douleurs dans les reins et le bas-ventre. Traitements nombreux et variés en Amérique.

Venue en France au courant de 1869, les parents de la jeune miss consultent plusieurs notabilités médicales de Paris, qui, à leur tour, font des prescriptions variées, surtout dans le but de réprimer les hémorrhagies devenues plus fréquentes.

En novembre de la même année, la jeune malade a une perte de sang continue qui achève de l'épuiser. Depuis trois semaines elle ne peut se lever; elle a perdu l'appétit; quand elle veut s'asseoir sur son lit, elle est prise de vertiges, de bruissements des oreilles, d'envies de vomir, et la syncope s'en suit souvent. Il y a dégoût absolu, et, quand la malade veut s'aventurer à prendre quelque aliment solide, c'est pour le rejeter, peu après, par le vomissement.

C'est en la voyant dans cette situation, et après avoir épuisé vainement tous les traitements prescrits par divers confrères, que la mère vient réclamer mes soins, le 16 novembre 1869.

A ma première visite, je trouve cette jeune malade d'une blancheur de cire, le pouls fréquent et filiforme, avec tendance aux lypothimies ; et, avec tous ces phénomènes que je viens d'énumérer, une certaine odeur fétide s'échappe de son lit. Le sang perdu, dont on me présente des traces sur des linges maculés, est noir et fétide. L'écoulement est bien moins considérable actuellement, mais il est continu. Après avoir pris connaissance du commémoratif et de tout ce qui a été fait précédemment, je déclare à la famille qu'il y a, probablement, un polype intra-utérin engagé dans l'ouverture externe du col, ou propulsé dans le vagin. — Il faut un examen du col pour s'assurer du fait, et une opération, en cas d'affirmative, pour parer aux accidents qui menacent de faire périr la malade.

Les parents refusent. A mon tour, je réponds que je ne puis faire aucune prescription ; que mes confrères ont épuisé inutilement tout l'arsenal thérapeutique, et je me retire.

La famille, placée dans cette terrible alternative, ou de laisser examiner

et opérer ensuite cette jeune fille, ou de la laisser périr sans secours, demande à réfléchir vingt-quatre heures.

Le lendemain, 17, on me rappelle. Une décision a été prise. L'exploration a lieu. Cette jeune fille est vierge, et l'extrémité de l'indicateur a beaucoup de peine à pénétrer dans l'orifice vulvaire ; mais si peu qu'il pénètre, je puis constater, en arrière, la présence d'une tumeur qui laisse exhaler une odeur repoussante. J'affirme qu'il y a, comme je l'avais prévu, un polype utérin faisant saillie dans la cavité vaginale. L'opération est remise au lendemain.

Le lendemain, 18, assisté du docteur Dalpiaz, je procède à l'opération. Il faut d'abord débrider la membrane hymen pour pouvoir atteindre l'utérus. Une fois cette première partie exécutée, je peux, l'indicateur gauche introduit, pénétrer dans le col d'où le corps du polype a été expulsé ; aller reconnaître son pédicule fixé vers l'ouverture interne de ce conduit. Avec des ciseaux mousses, glissant sur l'indicateur et guidés par lui, je fais facilement la section du pédicule. Avec le même doigt et des pinces à mors dentelés, introduites aussitôt et qui saisissent la tumeur, je peux amener cette tumeur au dehors ; elle est noirâtre, en putréfaction.

Une fois cette tumeur extraite, le col restant entr'ouvert, je veux m'assurer avec l'indicateur si la cavité utérine est libre. Je perçois alors un second polype du volume d'une grosse noix qui tient, par son pédicule, au fond de l'utérus. L'indicateur resté en place, je me mets en mesure de détacher ce second polype, dont le pédicule est court et paraît assez fort.

C'est avec des pinces à mors, en cuillères dentelées, et avec des ciseaux mousses et courbes sur plat, vers la pointe, que j'exécute l'ablation. Les pinces, guidées par l'indicateur, sectionnent, par pression graduée, à peu près les deux tiers du pédicule, les seuls qu'elles peuvent atteindre à cause de leur direction rectiligne. Avec les ciseaux, j'achève l'excision, et, avec le doigt, je fais arriver à l'orifice externe le polype détaché, que des pinces griffes vont ensuite extraire.

J'ai à ma disposition divers cautères actuels ; deux cautères à roseau sont chauffés au rouge cerise ; et, le spéculum introduit montrant encore le museau de tanche entr'ouvert, je porte, dans le fond de l'utérus, trois de ces cautères, autant pour cautériser les points de section que pour arrêter l'hémorrhagie qui est, du reste, minime, mais qui, en raison de l'anémie globulaire, pourrait devenir persistante. Rien de notable à la suite de l'opération. Une fièvre traumatique légère se montre pendant deux jours. Le tartre stibié, le sulfate de quinine à doses élevées dissipent cet accident. La réfrigération, au moyen de la glace sur le bas-ventre et des injections phéniquées, triomphent ensuite des accidents locaux, douleurs et fétidité des excrétions. Le polype putréfié a le volume d'une petite poire, et celui du fond de l'utérus celui d'une grosse noix.

De novembre 1869 à juillet 1870, miss Gree... se porte passablement ; elle

peut aller faire quelques courses, quelques promenades. Elle n'a plus eu de menstruation régulière. A deux reprises, et à intervalle de deux mois, elle a perdu du sang pendant une dizaine de jours, chaque. Elle est restée pâle, sujette à une névralgie fronto-pariétale droite, qui dure de vingt-quatre à quarante-huit heures, et disparaît ensuite, pour revenir à intervalles irréguliers.

Le 12 juillet 1870, elle éprouve des douleurs hypogastriques, dont le retentissement le plus aigu se manifeste dans la fosse iliaque droite ; elle est sujette à une constipation opiniâtre qui nécessite l'usage des laxatifs. Depuis trois mois, elle n'a pas eu ses règles ; les douleurs sont continues ; il y a des envies de vomir ; pas de fièvre. Des onctions belladonnées et un vésicatoire appliqué ensuite à l'hypogastre font disparaître, en partie et pour quelques jours, ces douleurs, et la malade peut passer quelques bonnes nuits.

Le 21, réveil des douleurs, qui occupent alors le bassin, en arrière, et offrent des exacerbations incessantes pour se manifester avec violence à l'hypogastre. La malade est cependant apyrétique. J'explore l'utérus ; je le trouve fortement abaissé et complétement déformé. Il n'offre plus de vestige de col ; c'est une tumeur de la grosseur d'une orange ordinaire, ovoïde à sa partie inférieure et lisse partout, de façon à laisser croire que c'est un très-volumineux fibrôme échappé de la cavité utérine et garnissant le vagin. Mais un examen minutieux me fait constater que la tumeur se continue sans interruption avec la cloison vaginale, les culs-de-sac. D'autre part, comme je ne trouve aucun vestige du col et de son ouverture, et que la malade n'a plus ses règles depuis trois mois, je me prends à supposer que l'utérus est dégénéré et a subi une transformation complète.

Pendant plusieurs jours je cherche à calmer les douleurs par des embrocations opiacées, l'opium à l'intérieur. Je donne les laxatifs pour obtenir la déplétion de l'intestin, qui se trouve comprimé par la tumeur dans sa portion rectale.

Enfin, le 29 juillet, je me livre à un nouvel examen plus patient, et en faisant varier les positions données à la malade. Après un quart d'heure de cet examen fatigant et ennuyeux, je finis par découvrir, en arrière de la tumeur, appliquée sur le rectum, une ouverture de la grandeur d'une pièce d'argent de vingt centimes, à bords tellement effacés et amincis qu'on dirait une lamelle membraneuse. Cette ouverture, située à 3 centimètres au moins de l'extrémité inférieure, est bien l'ouverture du col tout à fait déformé, et à lèvres extrêmement amincies et distendues par la tumeur. Je puis, avec l'indicateur, pénétrer un peu entre ces lèvres amincies et la tumeur sur laquelle elles sont appliquées. Force m'est d'annoncer à la malade que son fibrôme s'est reproduit, et, cette fois, avec des proportions considérables, sans que je puisse préciser s'il tient par un pédicule ou s'il est intersticiel. La malade me réclame énergiquement une nouvelle opération ; peu lui importe le danger, elle est d'une énergie de décision, et

d'un courage tels que je suis contraint d'adhérer à ses injonctions. Elle exige, en outre, que je n'amène avec moi d'autre aide que M. le docteur Dalpiaz, qui m'a assisté dans la première opération et qui, du reste, parle l'anglais.

Le 1er août, assisté de ce confrère, je procède à l'opération. J'incise d'abord les lèvres du col pour me faire de l'espace. J'arrive ainsi à dégager la tumeur qui, dans sa moitié antérieure, est libre d'adhérences. Je la sectionne facilement; car, sur ces points, elle n'a que la consistance de l'encéphaloïde mou. Avec le doigt, aidé de pinces à mors dentelés, je l'extrais des cavités utérine et vaginale. Le restant de la tumeur, de consistance fibroïde, est adhérent partout aux parois utérines et au bas-fond qui se prolonge très-loin en cul-de-sac. Pendant une demi-heure, je sectionne, dissèque en tous sens et parviens à nettoyer toute la cavité utérine, excepté le bas-fond que je ne puis atteindre à cause des contractions de l'organe, et où il reste un moignon large et épais. La malade ayant eu plusieurs défaillances, et ayant d'ailleurs perdu beaucoup de sang, est replacée dans son lit. Je recommande des injections utéro-vaginales au perchlorure de fer à 30°, étendu de trente fois d'eau, et des compresses d'eau froide sur le bas-ventre. Je prescris en même temps 10 centigrammes d'extrait thébaïque pour le soir et la nuit.

Le 2 août, en compagnie du même confrère, je procède à la cautérisation de la cavité utérine au fer rouge. La malade n'a pas perdu beaucoup de sang; elle n'a pas souffert depuis la veille et se prête avec décision à mes cautérisations. Je puis, en poussant jusqu'au fond de l'organe, et dans l'intention de détruire le moignon laissé à cet endroit, éteindre quatre fers rouges, fers cylindriques et dont le plus volumineux a 1 centimètre et demi de diamètre.

Application de glace sur le bas-ventre, injection d'eau glacée, 10 centigrammes d'extrait thébaïque, vin de Porto et bouillon.

Le 3, miss Gree... a eu des douleurs violentes depuis l'opération ; elle a eu plusieurs vomissements; le pouls bat 120; la peau est chaude; céphalalgie, soif vive ; l'hypogastre est sensible, même au toucher; frisson dans la matinée, insomnie complète. Onctions avec l'onguent belladonné sur le bas-ventre et cataplasme de farine de lin ; lavement émollient; tartre stibié à 0,15 dans 120 d'eau distillée; cuillerée de demi-heure en demi-heure jusqu'à vomissement ou trois gardes-robes ; trois pilules de sulfate de quinine à 0,10, avec 2 centigrammes d'extrait thébaïque chaque pour le soir, trois autres pour le lendemain matin.

Le 4, les douleurs persistent; moiteur à la peau ; pouls à 120; absence d'envie de vomir; écoulement de sanies par le vagin ; inappétence. Vin de Porto; trois pilules de sulfate de quinine pour la nuit; injections utérines avec la décoction de racines de guimauve et de tête de pavot. Continuer les onctions sur le bas-ventre et les cataplasmes.

Le 4 au soir, huit heures, persistance des douleurs, insomnie absolue,

défaillances fréquentes, pouls concentré à 116. Trois grammes d'hydrate de chloral à prendre de quart d'heure en quart d'heure, en trois fois.

Le 5, la malade dort encore, se trouve dans un état d'engourdissement au réveil, mais ne souffre pas. Le pouls est descendu à 100. Il y a une grande altération ; pas de garde-robes depuis quarante-huit heures ; mictions fréquentes. 30 grammes d'huile de ricin à prendre de suite ; 2 grammes d'hydrate de chloral le soir, et une pilule d'extrait thébaïque à 0,05 ensuite.

Le 6. Calme complet. L'huile de ricin a provoqué d'abondantes évacuations. Sommeil depuis dix heures du soir jusqu'à 10 heures du matin. Abondant écoulement de sanies avec détritus résultant de la cautérisation. Pouls à 90. Réveil de l'appétit.

Le 20. Miss Gree... se lève librement, se trouve très-bien, à part une extrême faiblesse, et commence à sortir.

Du 24 août au 16 octobre je ne la revois pas.

Le 17 octobre je suis rappelé. Douleurs hypogastriques, envies fréquentes d'uriner qui ne peuvent être satisfaites, constipation opiniâtre, apyrexie. Pendant quinze jours je suis obligé d'exercer le cathéthérisme deux et trois fois par jour ; tous les trois jours la malade prend une verre de limonade purgative. A l'aide de ce traitement et de cataplasmes sur le bas-ventre le calme se rétablit, et fin octobre tout semble aller bien.

Le 30 novembre. Nouvelles douleurs occupant tout le bassin et ne laissant aucun repos à la malade. Depuis deux jours il y a perte de sang, que miss Gree... rapporte à ses règles. L'exploration utérine me laisse percevoir, à travers un orifice rigide dont les lèvres sont épaisses et durcies, une repullulation considérable, qui a de nouveau déformé l'utérus, dont le col est effacé. Cette constatation met la malade au désespoir ; elle dit qu'elle est vouée à une reproduction perpétuelle de la tumeur, et cependant elle veut être opérée, dût-elle succomber pendant l'opération. L'examen au doigt permet de constater des adhérences de la part de la tumeur, presque partout, dans la cavité utérine ; les unes molles, friables, les autres solides, lardacées, semblant faire continuité avec les parois ; mais le doigt ne peut guère arriver qu'à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'orifice.

1er décembre. Nouvelle opération. Nécessité de débrider le col par deux incisions. Muni de tous les instruments présumés nécessaires, je puis de prime abord, et dans l'espace de dix minutes, retirer par fragments plus ou moins volumineux la moitié de la tumeur, celle qui occupe le segment inférieur de l'utérus. Tantôt il faut couper avec un couteau à lame courbe, tranchant à gauche et mousse à la pointe, tantôt avec un autre semblable, tranchant à droite. Tantôt c'est un tissu mou, friable, analogue à celui de l'encéphaloïde mou ; tantôt c'est un tissu dur et résistant, difficile à couper, qui fait suite aux parois utérines, qu'il faut détacher. Après une séance d'une demi-heure, qui a pu permettre de vider à peu près la moitié de la cavité, et les portions extraites ayant ensemble le volume d'une grosse

orange, je remets au lendemain la suite de l'opération, sur la demande de la malade, qui se trouve par trop épuisée. Le sang coule assez abondamment. Je tamponne avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer au 30°. Je prescris des applications de glace sur le bas-ventre, et deux pilules d'extrait thébaïque à 0,05 chaque.

Le 2 décembre à onze heures du matin, nouvelle séance, sur la demande de la malade. Cette fois, en vingt-cinq minutes, je puis enlever en excisant, arrachant, sectionnant, tout ce qui reste de la tumeur, et c'est absolument une substance de consistance de fibrôme, adhérant dans tout le segment supérieur de l'utérus. Mais l'organe s'élevant fort au-dessus de la cloison vaginale, je ne puis, quelque effort que je fasse, atteindre le bas-fond, qui va se rétrécissant, et qui contient encore un noyau considérable, que je fragmente avec des pinces à mors dentelés.

Comme il y a un écoulement considérable de sang, j'injecte dans l'utérus, et à travers le spéculum, une sonde préalablement introduite par le col, 8 grammes de perchlorure de fer à 30°, autant pour arrêter l'hémorrhagie que pour flétrir les noyaux du bas-fond.

Des douleurs atroces suivent cette injection et durent vingt-quatre heures, malgré la glace sur le ventre et les injections utérines d'eau froide. Ce n'est qu'après avoir pris 3 grammes d'hydrate de chloral et une pilule d'extrait thébaïque à 0,05 que les douleurs ont cessé et que la malade a pu dormir. Pendant une quinzaine de jours les douleurs persistent avec une certaine violence ; tout le bas-ventre est endolori, sensible à la pression. Il y a de fréquents vomissements, de l'insomnie. Le pouls reste petit et plus ou moins fréquent. Des onctions belladonnées, la glace intus et extra, les laxatifs, et, finalement, un large vésicatoire triomphent de ces accidents. A dater de ce moment, et jusqu'au 20 février, rien de nouveau.

Le 20 février 1871. Nouvelle repullulation causant des douleurs continues sans perte de sang. Nouvelle opération sur la demande de la malade. Il est enlevé environ 400 grammes de tissu de consistance fibreuse et de tissu molasse, de nature encéphaloïde. Cette fois encore l'utérus conserve dans son fond, qui présente la forme d'un infundibulum, le même moignon resté en place la dernière fois. Cautérisation du moignon avec trois cautères au rouge cerise. Je remets à quinzaine une nouvelle opération, que la malade réclamait pour le lendemain. Rien de marquant à noter à la suite.

Le 15 mars. L'utérus, que je croyais avoir vidé presque en entier, présente encore des productions qui semblent garnir toute sa cavité. Le col étant peu dilaté, je débride par deux incisions, et je puis, avec des ciseaux et des pinces à mors dentelés, détacher de nouveau une quantité de ces productions qui semblent pousser du fond de l'uterus, qui paraît inépuisable, et dont je ne peux atteindre l'infundibulum. Cautérisation avec quatre fers rougis. La malade, épuisée par ces manœuvres excessivement douloureuses, est obligée d'attendre. Mais, ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'il ne survient plus d'accident après toutes ces manœuvres

opératoires. Les ganglions inguinaux des deux côtés sont engorgés, ainsi que quelques ganglions du cou. Miss Gree... va comme cela jusqu'au 1er mai. A cette date il y a des douleurs intolérables et continues depuis huit jours. L'exploration me permet, cette fois, d'atteindre le fond de l'organe.

La cavité utérine est à moitié garnie des mêmes productions qui adhèrent aux parois. Malgré ma répugnance la plus profonde pour ces tentatives qui n'aboutissent à rien, puisque les récidives sont si fréquentes et que des phénomènes de généralisation par voie ganglionnaire se produisent ; et parce que la malade, quoique douée d'une énergie indomptable, est profondément détériorée, je ne puis cependant pas reculer devant sa prière et sa volonté énergique de faire un dernier effort, qui peut amener l'ablation complète du moignon jusque-là inaccessible.

Dans cette dernière opération, après avoir vidé, tant avec les doigts, aidés des ongles pour disséquer, qu'au moyen de ténotomes mousses et de pinces à mors dentelés, toutes les parties accessibles, je puis attaquer enfin le pédicule relié au bas-fond, pédicule épais, dur, de consistance fibreuse. Par des dissections circulaires avec des ténotomes mousses guidés sur le doigt conducteur, je détache toute la circonférence dans sa jonction avec le bas-fond utérin, et, quand il ne reste plus que le noyau central, bien accessible, les pinces à mors dentelés, substituées aux ténotomes, en font facilement la section par le broiement. Cette fois la cavité utérine est complétement vidée. Trois cautères à roseau de plus en plus forts, au rouge cerise, sont portés dans le fond de l'utérus.

Glace sur le ventre, trois grammes de chloral pour le soir, une pilule d'extrait thébaïque à 0,05. Sommeil. Pendant trois jours, mêmes prescriptions. Bouillon froid, potages, vin de Porto.

Pendant huit jours, la malade va assez bien. Le neuvième, elle se plaint du cou, de mal de gorge avec difficultés pour avaler. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés. Onctions iodurées, vin de quinquina, gargarisme, etc. Pendant sept jours la malade semble soulagée : rien de notable ensuite du côté de l'utérus, que des sanies un peu fétides. Les injections phéniquées font justice de la fétidité.

Le 20 mai. Violent frisson de cinq à six heures de durée d'abord, se renouvelant toutes les trois ou quatre heures ensuite ; douleurs de tête intolérables ; envies de vomir, perte absolue de l'appétit ; pouls à 130 ; engorgement considérable des parotides ; augmentation des ganglions cervicaux et sous-maxillaires ; augmentation très-considérable des ganglions inguinaux. Tous les ganglions axillaires des deux côtés sont tuméfiés. Face bouffie, subdélirium. Sulfate de quinine à la dose de 1 gramme en douze heures, après vomissements provoqués par le tartre stibié. Bref, pendant cinq jours, il y a des frissons de très-longue durée, répétés nombre de fois par jour, avec claquements des dents, puis des sueurs profuses et froides. Le 7 juin, la malade expire.

Il est constant que nous avons eu affaire, dans ce cas, à des tumeurs polypoïdes qui, au début, quand nous avons fait la première opération, ont présenté l'apparence des polypes fibreux. Aucun examen hystologique n'ayant été fait, nous ne pouvons affirmer que ces tumeurs n'étaient pas constituées, dès ce moment, par des tissus où se trouvaient des éléments cancéreux ; mais c'est notre conviction.

Dès la seconde opération, et surtout après la troisième, il nous a été facile de constater, d'après l'aspect des tissus et par les données cliniques, que nous avions affaire à un cancer, et à un cancer que l'on rencontre rarement au début, dans la cavité utérine ou dans ses parois ; cancer encéphaloïde, à reproduction rapide, à repullulation active, et cela sur une jeune personne de 22 ans.

En effet, l'examen au microscope nous a démontré la présence des deux éléments qui constituent le tissu encéphaloïde : matière emphaloïde, avec son suc cancéreux par dissociation, et trame celluleuse.

Les cellules avec l'éclairage oblique de Nachet étaient de forme ovalaire, sphéroïdale, ou d'autres formes irrégulières par suite de prolongement. Elles contenaient des noyaux, variables en nombre, de un à six ou sept, à forme plus ou moins irrégulière, avec une ou plusieurs nucléoles. Il y avait aussi des noyaux libres en plus ou moins grande quantité.

La trame du tissu avait la forme du tissu conjonctif avec corps fusiformes et fibres ondulées, formant des trabécules à anastomoses irrégulières, plus développées dans certains points du tissu dur, moins développées dans le tissu mou. En sorte qu'on peut supposer que, dans ces productions, il y avait un mélange des deux variétés d'encéphaloïde, dur et mou,

Les phénomènes d'infection générale, de généralisation de la maladie, par voie du système ganglionnaire, sont manifestes du moment que nous avons perçu l'engorgement des ganglions inguinaux, puis de ceux du cou et des sous-maxillaires.

Les grands frissons apparaissant avec l'engorgement des parotides, des ganglions sous-axillaires, témoignent de l'étendue de l'infection, et nous sommes sûr, que, si l'autopsie avait été faite, nous aurions trouvé dans tous les viscères les mêmes lésions que sur le système ganglionnaire externe.

Quoi qu'il en soit, il nous reste la conviction profonde qu'il n'y a pas eu, dans ce cas, dégénérescence du fibroïde en tissu cancéreux ; mais qu'au début, et sous l'apparence du fibroïde, nous nous trouvions déjà en présence de l'encéphaloïde à forme dure, plus accentuée; plus tard, la forme molle ayant acquis la prépondérance.

4° Résumé des méthodes et procédés opératoires pour l'ablation des polypes.

Nous résumons en quelques mots les méthodes et procédés opératoires pour l'ablation des tumeurs fibreuses intra-utérines pédiculées ou polypes fibreux, et pour les autres variétés de polypes.

Il y a deux méthodes pour opérer : 1° opérer en dehors de la cavité utérine, après avoir attiré le polype hors du museau de tanche, dans la cavité vaginale ; 2° opérer dans la cavité utérine, quand les conditions que nous avons indiquées durant le cours de notre travail l'exigent ; en un mot, quand le polype ne peut être entraîné au dehors de la cavité utérine.

Nous avons décrit et discuté les divers procédés opé-

ratoires dans l'une et l'autre méthode. Tout est facile quand le polype peut être entraîné de la cavité utérine dans le vagin. Tous les procédés sont bons pour faire alors la section du pédicule.

Il n'en est plus de même quand il faut agir dans la cavité utérine. La ligature, qui est le premier et le meilleur moyen, que ce soit avec un fil de chanvre ou avec un fil de fer qu'on l'exécute, que ce soit avec un serre-nœud ou avec l'écraseur linéaire qu'on exerce la section du pédicule, section immédiate et non à date plus ou moins longue, peut ne peut être applicable dans quelques cas, à cause des difficultés inextricables que rencontre l'opérateur. L'excision avec des ciseaux mousses ou des ténatomes mousses guidés sur l'indicateur, introduit dans l'utérus, et qui sert de tuteur et de guide, est, après la ligature, le meilleur moyen, quoiqu'il expose à des pertes de sang.

Le cautère galvanique ou l'anse galvanique, qu'on a proposé d'employer quand le pédicule est fort et large, n'est applicable que quand l'œil peut en diriger l'action ; et puis la largeur du pédicule, s'il peut être atteint, n'est point un obstacle notable à l'application et au succès des autres procédés. Enfin, le cautère galvanique ne peut être porté dans la cavité utérine propre. Son action serait livrée au hasard.

Quand les difficultés trop grandes empêchent de porter la ligature sur le pédicule, nous avons substitué une méthode de section graduée comme pour l'écrasement, au moyen de pinces de différentes configurations, mais toujours forme forceps à l'extrémité, avec cuillères ovales, creuses et dentelées sur les bords. Il est toujours possible d'introduire ces pinces dans la cavité utérine, en les faisant glisser sur l'indicateur gauche préalablement introduit. Il est toujours possible de les

porter au rez du pédicule, et de leur faire saisir ce pédicule entre les mors écartés, avec l'aide de ce même indicateur; puis d'opérer lentement, graduellement, par pression successive, le pédicule, une fois engagé; enfin de le détacher ainsi, comme si on agissait avec un écraseur. Que si le pédicule est large, très-large et gros, on le sectionne par parties, en agissant toujours progressivement d'arrière en avant, c'est-à-dire que, quand une première portion est sectionnée, on attaque et on sectionne le reste en avançant.

Si le polype est trop volumineux pour permettre d'atteindre le pédicule, il ne faut pas craindre de le sectionner, par le même procédé, à sa partie moyenne transversale, et extraire la partie sectionnée. Cette manœuvre fait une large place pour achever ensuite l'opération. On peut voir dans nos observations combien ce procédé d'excision par écrasement est facile, et combien il nous a rendu service dans les cas les plus difficiles.

C. — Tumeurs fibreuses sous-péritonéales interstitielles ou pédiculées, et tumeurs interstitielles intra-utérines.

Parce qu'on les dit extra-utérines, il n'est pas à supposer que toutes ces tumeurs sont développées ou greffées à la périphérie de l'utérus, sur la circonférence de son tissu. Les tumeurs fibreuses interstitielles, c'est-à-dire développées dans la trame du tissu utérin, et faisant continuité avec lui, sont intra-utérines ou sous-muqueuses, quand leur développement se fait à l'intérieur, vers la cavité utérine; elles sont extra-utérines ou sous-péritonéales, quand le développement se fait en dehors de cette cavité. Il est cependant de ces mêmes tumeurs fibreuses qui ont à la fois un développement, en saillie, dans la cavité utérine, et un développement, en saillie, au dehors. Elles sont alors sous-muqueuses d'une part et sous-péritonéales de l'autre. Dans ces cas, il y a non-seulement déformation de l'organe utérin, mais transformation telle, que sa cavité peut être complétement ou presque complétement oblitérée d'abord, et qu'à sa périphérie il peut exister des poussées, en saillie plus ou moins considérable, qui non-seulement garnissent le petit bassin, mais qui remontent même au-dessus, dans l'abdomen, en refoulant le péritoine devant elles.

Après les tumeurs fibreuses, dans la classification des sous-péritonéales, viennent celles dites fibro-cystiques, expression qui paraît rendre avec justesse, et d'une façon générale, leur constitution d'ensemble.

Ces tumeurs sont, en effet, composées de deux parties, l'une fibreuse, l'autre cystique. Par le fait même de cette composition, elles ont donné, très-fréquemment, lieu à des erreurs complètes de diagnostic et à des méprises, quelquefois bien préjudiciables, dans la pathologie des affections abdominales. Elles sont rares par rapport à la fréquence des kystes de l'ovaire et des tumeurs fibreuses de l'utérus.

Leur diagnostic est extrêmement difficile, durant la vie, tellement il y a une ressemblance, dans les signes physiques et les symptômes, avec des kystes multiloculaires de l'ovaire. C'est le motif qui a été cause que pas mal de chirurgiens, croyant opérer des kystes de l'ovaire, et se trouvant, après la gastrotomie faite, en présence de semblables tumeurs, n'ayant, au reste, pas encore les notions suffisantes pour en tenter l'ablation, se sont empressés de refermer l'ouverture du ventre.

Pour donner une idée du peu de fréquence relative de ces tumeurs, il suffit d'énoncer que sur 600 opérations de gastrotomie relevées en 1872, on n'a trouvé que onze fois des tumeurs fibro-cystiques (Péan).

Les tumeurs fibro-cystiques se développent toujours du côté du péritoine. Elles se divisent en trois groupes, ou plutôt, on les a divisées en trois groupes, d'après les résultats d'examens d'anatomie pathologique et d'histologie, faits après ablation ou après la mort.

Il y a : 1° les tumeurs, dénommées par J. Cruveilhier : corps fibreux en géodes;

2° Les tumeurs fibro-cystiques proprement dites, où le corps fibreux et le kyste n'ont entre eux que des

rapports de voisinage, les parois de la poche étant constituées, en partie par le corps fibreux, et en partie par une membrane propre. En cela, elles ont une certaine ressemblance avec quelques kystes hydatiques du foie, dont une partie a pour paroi la surface du foie, et l'autre, continuation de la même membrane appliquée sur cette surface du foie qui se trouve refoulé et aplati, se poursuit en dedans ou en dehors de l'organe, et forme la poche kystique. Nous avons donné le nom de périhépatique à ce genre de kyste, dont nous avons cité une observation dans la *Gazette des hôpitaux* de 1849.

3° Le kyste de l'utérus, qui n'est pas, à proprement parler, une tumeur fibro-kystique, puisque le kyste s'implante directement sur l'utérus, ou se développe au milieu de son tissu musculeux. C'est plutôt une tumeur utéro-cystique, kyste de l'utérus (Péan).

Le corps fibreux, à géodes, a le tissu fibreux creusé d'anfractuosités, de cavités irrégulières ; plus petites, dans ceux qui sont intersticiels et intra-utérins, où les plus grosses ont le volume d'une noix. A la pousse, les parois sont aplaties, accolées l'une à l'autre. Les géodes ressemblent à des sinus veineux utérins et n'ont pas de parois propres. D'après MM. Ranvier et Malassez, leur surface interne est tapissée d'épithélium pavimenteux. Le liquide contenu dans leur intérieur n'offre rien de particulier. Dans les petits myomes, il est quelquefois sanguinolent.

En grandissant aux dépens du tissu, les anfractuosités donnent à l'ensemble cet aspect géodiforme qu'a décrit Cruveilhier ; elles sont alors sans liquide à leur intérieur, ou, si elles en contiennent un, il est quelquefois séreux, d'autres fois sanglant, couleur chocolat. A mesure que la tumeur grandit, elle s'infiltre au point de pouvoir arriver à une consistance gélatineuse;

et, à la coupe, elle fournit une grande quantité de sérosité et de sang.

Les géodes peuvent se détruire par la fonte des parois et petit à petit. A cette fonte peut succéder une cavité unique qui grandit en détruisant, en creusant l'intérieur de la masse, jusqu'à ce qu'elle rencontre la résistance des parois ou coque fibreuse, vers la circonférence. C'est ce qui fait qu'en quelques cas on rencontre une poche kystique unique au centre du tissu. Les parois de cette poche sont anfractueuses, irrégulières, semblables à la paroi interne du ventricule du cœur (myome cystique de Virchow). Cette forme de kyste n'est pas rare, non-seulement dans l'utérus, mais sur d'autres organes. Nous l'avons observée sur un sein amputé pour une immense tumeur, dont le centre contenait un kyste qui, ponctionné à deux reprises différentes, dans l'intervalle d'un mois, fournit un litre et demi de sérosité sanguinolente, couleur chocolat, la première fois, un litre la seconde. Il s'était reproduit au moment de l'amputation. Ce kyste s'était développé au milieu d'un tissu qui unissait des adénomes multiples ; tissu cellulo-fibreux, mais dont l'élément fibreux prédominait. La malade, qui habite Gennevilliers, et qui était venue s'installer à Paris pour l'opération, se porte encore très-bien aujourd'hui, âgée qu'elle est de 62 ans. Il y a neuf ans que l'opération a été pratiquée. On rencontre également ces kystes, plus ou moins développés, dans les sarcomes d'autres parties du corps, dans les chondro-sarcomes.

Dans l'utérus, ces tumeurs kystiques peuvent acquérir des dimensions énormes, témoin celle enlevée par M. Kœberlé, qui pesait 14 kilogrammes, et une enlevée par M. Péan, pesant 7 kilogrammes.

Dans la tumeur fibro-cystique proprement dite, les

poches ne sont pas creusées dans l'épaisseur, ni au centre de la tumeur. Elles existent à la circonférence, dans les couches superficielles, et sont ordinairement fournies par un soulèvement du péritoine, sur la surface de la partie fibreuse. Plus rarement on en trouve sous la muqueuse utérine, hors de la couche fibreuse.

Ces kystes de l'utérus sont donc des kystes sous-péritonéaux, pouvant naître sur tous les points de la surface de l'utérus. Ils sont alors recouverts par le péritoine, en quelque point de la surface qu'ils existent. Presque constamment multiples, il peut se faire, mais bien exceptionnellement, qu'il n'en existe qu'un seul, uniloculaire. Si on peut en trouver sans autre affection de l'utérus, c'est à l'autopsie; car, en cet état, ils sont presque toujours ignorés durant la vie. Mais ils existent presque toujours avec des tumeurs fibreuses. Leur contenu est de la sérosité ou de la sérosité sanguinolente; rarement du sang pur ou presque pur.

Les kystes proprement dits de l'utérus sont ceux qui se développent dans le centre des parois utérines. On les rencontre n'importe sur quel point de l'organe, et c'est le tissu de celui-ci qui en forme les parois, qu'il soit normal ou dégénéré. Ils sont excessivement rares.

Nous avons tenu à donner une description sommaire, mais précise, de toutes les tumeurs de l'utérus, mieux connues depuis qu'on pratique l'hystérotomie, pour démontrer avec rigueur que beaucoup de tumeurs utérines, quels que soient leur volume et leur constitution, peuvent, soit par la voie naturelle, utéro-vaginale, soit par l'hystérotomie sus-pubienne, être enlevées, à quelques exceptions près, et que, par conséquent, les malades, qui en sont affectées, ont de nombreuses chances d'en être guéries. C'est là un grand progrès qui appartient à la chirurgie moderne.

1° Traitement médical.

C'est pour l'acquit de notre conscience que nous retraçons avec concision les traitements médicaux, très-variés, qu'on a cherché à diriger contre ces tumeurs fibreuses, parce que nous n'avons qu'une confiance restreinte et limitée dans ces traitements, quels qu'ils soient.

En effet, nous croyons peu à l'action élective des médicaments, par voie d'absorption, sur ces productions parasites. D'autre part, quand nous voyons l'inanité complète des médicaments que l'on peut porter aisément, par exemple, sur les fibroïdes intra-utérins, nous sommes autorisés à supposer que médications internes et applications topiques locales sont d'un effet bien faible, au moins difficile à préciser.

Et cependant, il est incontestable qu'on a vu, et que nous avons vu, personnellement, disparaître complétement, ou diminuer, des fibroïdes, à la suite de ces traitements. Mais nous n'avons pas une foi assez robuste pour croire que c'est, par leur effet seul, qu'ont eu lieu ces disparitions ou diminutions. Nous aimons mieux nous contenter d'admettre que c'est pendant, à la suite, ou envers et contre le traitement, que ces régressions se sont produites. Pour dire toute notre pensée, il y a eu là coïncidence certaine, au moins; ou bien, les tumeurs supposées fibroïdes n'en étaient pas, et n'étaient qu'un composé de tissus charnus entremêlés de cavités ou gangues à contenu liquide; et cette dernière partie, s'étant résorbée, a entraîné, par suite, le retrait ou la diminution de la tumeur. Voilà toute notre conviction. Nous avons cité, à l'observation XCI, un exemple de régression, d'atrophie

complète ; à l'observation XCII, un autre de régression à peu près complète, où deux chirurgiens distingués, MM. Ricord et Demarquay, étaient intervenus activement, et dont j'ai pu observer, dans l'espace d'une année, la diminution progressive.

Enfin, à l'observation LXXXIX, nous avons cité le fait d'un très-volumineux fibrôme, où, deux années de traitement n'ayant pas produit d'effet appréciable, la tumeur fut réduite des quatre cinquièmes par suite du gravidisme.

Les médicaments qu'on a supposé avoir une action sur les fibroïdes pour pousser à leur fonte, à leur atrophie, sont :

1° Le bichlorure de mercure, auquel Spencer Wells, fermement convaincu de la résorption possible, donne la préférence. Nous avons vu Paul Dubois, il y a au moins trente ans, avoir aussi confiance dans le même médicament et en faire fréquemment usage.

2° Le bromure de potassium, auquel Simpson accorda toutes ses préférences, et qui, depuis, a été administré à profusion. Nous ne croyons pas avoir manqué de l'administrer, depuis cette époque, dans une trentaine de cas de fibroïdes sous-péritonéaux que nous avons eus à soigner, et dont nous ne cessons de voir de temps en temps les sujets, excepté deux. Dans deux cas, il nous a paru produire un effet favorable, sans que nous puissions cependant dégager nettement son action des autres médicaments internes et externes employés concurremment ou ultérieurement, tels que : frictions mercurielles, iodurées, de toutes sortes, badigeonnage avec la teinture d'iode, etc., douches, bains sodiques, etc., etc. Dans l'un de ces deux cas, nous avons noté, si nous ne nous faisons illusion, une diminution tranchée dans un fibrôme d'une dimension considérable, qui semblait continuer rapidement son

accroissement ; et cet état de décroissance a subi de l'arrêt jusqu'aujourd'hui, où le fibrôme est stationnaire depuis plusieurs années. Dans le second, il y a, depuis sept ans, état stationnaire, c'est-à-dire qu'après avoir décru un peu, le fibrôme, également volumineux, reste également stationnaire. Mais comme les mêmes phénomènes se produisent quelquefois chez d'autres malades qui ne se soumettent à aucun traitement, ou qui n'en suivent un que très-peu de temps, il n'y a aucune conclusion un peu logique à tirer de ces deux faits, pas plus que des faits de disparition complète des fibroïdes dont nous avons cité des observations détaillées. En tous cas, en raison de sa tolérabilité, le bromure de potassium peut et doit être employé et continué longtemps, de 2 à 4 grammes par jour.

3° Le chlorure de calcium, de 2 à 3 grammes par jour, longtemps continué, a été prôné de l'autre côté de la Manche. Les auteurs lui attribuent des guérisons positives, à moins qu'il n'y ait eu confusion dans le diagnostic ou illusion. C'est Rigby qui l'a employé le premier, il y a longtemps; Wells et Mac Klintoch l'ont suivi dans cette voie et ont vanté beaucoup ses effets. Mac Klintoch cite, entre autres, un cas où la guérison complète fut obtenue par ce médicament, associé au perchlorure de fer. C'est à tenter le praticien. Cependant, l'usage prolongé du chlorure de calcium pourrait entraîner une calcification des parois artérielles, et c'est une condition pour commander la réserve.

4° Les eaux de Kreusnach, vantées par Rigby, ne paraissent pas avoir produit d'effet salutaire, ou a moins n'avoir donné lieu à aucune guérison positive. Cependant, administrées en même temps que le bromure de potassium ou associées à lui, et aidées de frictions mercurielles ou de badigeonnage avec la teinture d'iode,

elles peuvent, d'après les faits cités par Rigby, avoir une utilité marquée.

5° Le badigeonnage du ventre avec la teinture d'ode, qui est au moins sans inconvénient, nous paraît, à nous qui en avons fait un grand usage, avoir une portée bien autrement grande que les médicaments dont nous venons de parler. Quoique nous n'ayons aucune guérison patente à son actif, quand il a été employé seul, il nous a paru qu'il a quelquefois empêché le développement ultérieur du fibrôme, qui est resté stationnaire; et, une autre fois, qu'il a entraîné son retrait. Employé concurremment avec d'autres médicaments internes, et alors que nous ne pouvions dégager son action spéciale, il nous a semblé avoir une action notable, ou au moins nous la lui avons accordée, surtout dans deux des cas de guérison cités. Comme c'est un moyen qu'on peut employer très-longtemps, des années, en le pratiquant tous les huit jours, et en badigeonnant tout le ventre et la partie correspondante du dos et des lombes, on peut, avec assurance, recourir à lui. Du reste, les phénomènes physiologiques encouragent fortement dans cette pratique. Après dix à vingt minutes du badigeonnage, les malades ressentent un goût métallique à la gorge. preuve que le médicament est absorbé par la voie cutanée. Ensuite, recherché dans les urines, même après une demi-heure, on en retrouve les traces. Cette absorption active permet de supposer que l'iode va porter son action sur le fibroïde et susciter une atrophiation de ses éléments constitutifs. Nous en recommandons l'emploi.

6° L'ergot administré en injections sous-épidermiques.

Plusieurs auteurs ont publié des cas isolés où l'ergot, administré de cette façon, a donné de très-bons résultats et déterminé la régression partielle de certains

fibrômes. Sa manière d'agir, en suscitant les contractions utérines, d'une part; et son action sur les métrorrhagies, d'autre part, où certainement il détermine, en outre des contractions utérines, la contraction des parois des capillaires, ou même des vaisseaux d'un plus gros calibre, rendent compte théoriquement de ces résultats, si toutefois ils sont positifs.

Hildebrandt, qui l'a expérimenté sur neuf cas, assure avoir obtenu la diminution de la tumeur dans quatre. (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1872.)

7° L'hydrothérapie. — Elle est fréquemment appliquée pour obtenir la diminution, ou l'arrêt de développement des fibrômes, surtout des fibrômes sous-péritonéaux. Les douches, les immersions froides suivies de réaction, les bains de siége froids, avec renouvellement continuel d'eau froide, et accompagnés de douches circulaires pendant le bain; enfin, jusqu'aux irrigations utéro-vaginales à grand volume d'eau, et prolongées pendant quelques minutes à un quart d'heure, tout cela a été proposé, exécuté sur un plus ou moins grand nombre de malades, sans qu'il soit à notre connaissance qu'une seule ait été guérie ou sensiblement améliorée.

8° La compression. — Elle s'exerce au moyen de ceintures, dites hypogastriques, et qui doivent l'être plus ou moins, suivant le volume de la tumeur. Si elles sont bien faites; si elles ne gênent ni ne blessent les malades, elles sont utiles à deux points de vue : d'abord par la compression méthodique qu'elles exercent et, par conséquent, en aidant à la résorption des matières liquides des tumeurs; ensuite en empêchant les tumeurs de se projeter en avant dans les diverses positions qu'ont à prendre les malades, et empêchant ainsi des tiraillements douloureux qui sont souvent causes de phlegmasie. Il est un autre genre de compression ou de pression,

dont les bons effets, quoique limités à certaines tumeurs, sont bien autrement positifs, en tant qu'accidents à conjurer.

Nous voulons parler des compresseurs à air en caoutchouc. Applicables dans le vagin pour arrêter les hémorrhagies utérines, ils le sont également, dans cette même cavité, pour soulever et porter au-dessus du bassin certaines tumeurs qui, par leur enclavement et la pression qu'elles exercent sur les organes voisins, suscitent quelquefois des accidents formidables de strangurie vésicale ou intestinale, ou des deux à la fois. On comprend très-bien qu'introduits pliés dans le vagin ou dans le rectum, si l'on donne en même temps des positions convenables aux malades, ils puissent, par leur développement dû à l'insufflation, exercer une pression graduée et continue, pendant un temps plus ou moins long, faire déplacer les tumeurs, les déloger du petit bassin pour les faire remonter au-dessus du détroit.

C'est une manœuvre que nous employons en ce moment sur une malade, et qui, à coup sûr, nous réussira, comme elle nous a réussi dans un autre cas, parce que la tumeur offre assez de mobilité, et que, s'il y a quelques adhérences dans le petit bassin, elles ne sont pas assez résistantes pour empêcher sa migration plus ou moins étendue en haut. C'est ici que les grandes irrigations froides, par la voie du vagin et du rectum, alternativement, et après chaque longue séance du ballon répulseur, nous paraissent avoir un effet salutaire en produisant une certaine striction sur les tissus constitutifs de la tumeur. C'est ici, à notre avis, qu'à la suite de ces séances, les injections hypodermiques d'ergot devraient être employées. Nous allons les mettre en usage chez notre malade en question. Enfin, outre les moyens employés pour obtenir le retrait ou la guérison des tu-

meurs fibreuses utérines, il en est d'autres plus positifs pour combattre certains des accidents qui surgissent ou peuvent surgir, à un moment de leur évolution. Tels sont ceux propres à combattre les hémorrhagies et dont nous avons longuement parlé; ceux qui s'adressent à l'inflammation qui peut atteindre leur tissus ou les tissus ambiants, comme le péritoine, ou le tissu celluleux péritonéal, etc., etc., et que nous n'avons pas à énumérer.

Il est certain que l'inflammation peut gagner le tissu fibreux, y être suivi de suppuration. Il est certain que, par exception, cette suppuration peut entraîner la fonte du fibrôme et une guérison définitive. Je dois signaler le plus remarquable exemple d'un pareil fait, dû à ma pratique et relaté dans mon Mémoire sur les corps fibreux (1868), reproduit à la page 37, obs. xc.

2° Traitement chirurgical.

A. — Hystérotomie par les voies naturelles.

Les tumeurs fibreuses intersticielles, les plus compromettantes à bref délai, comme nous l'avons dit, sont passibles de deux méthodes pour être enlevées quand elles sont intra-utérines, c'est-à-dire en poussée dans la cavité. Si elles n'ont pas un volume trop considérable; si l'utérus n'est, par cela même, point déformée sur sa surface externe et que les parois ne soient pas ou que peu amincies; si elles garnissent la cavité de façon à laisser au moins une moitié de la cavité libre, c'est-à-dire sans attache de la tumeur, et qu'elles s'étendent jusqu'au museau de tanche, comme dans notre cas (obs. xc), elles doivent être enlevées par la méthode intra-utérine. Elles doivent, à plus forte rai-

son, être attaquées par cette voie, quand elles n'occupent qu'une partie de segment de la cavité, sans produire de déformation extérieure au fond ou sur les côtes des parois.

Nous sommes peu touché et point convaincu par les discussions de MM. Jagarvay et Guyon et plus récemment de M. Pozzi (1875), dans leurs thèses d'agrégation, d'ailleurs si bien faites.

Ces trois auteurs concluent, comme tant d'autres, que ces tentatives opératoires exposent à de cruelles déceptions; qu'elles sont téméraires, parce qu'on agit en aveugle dans une cavité peu accessible; qu'on peut voir survenir une hémorrhagie formidable, et qu'enfin, même si la tumeur est enveloppée de toutes parts par une capsule, on est exposé à déchirer celle-ci, à la franchir, dans les manœuvres violentes d'énucléation, lorsque cette enveloppe est fort mince.

C'est d'abord affaire de diagnostic précis. Nous venons d'indiquer avec netteté les cas opérables par cette méthode. Il est toujours possible, à notre sens, en ne se pressant pas, d'arriver au diagnostic précis pour la série des cas opérables. Ce qui est moins facile à prévoir, impossible même, c'est l'existence, dans l'intérieur de la tumeur, de quelque gros sinus veineux, qu'on est exposé à ouvrir. Outre que ces sinus sont rares, peut-être même incompatibles avec la vraie tumeur fibreuse, il ne nous paraît pas impossible de se rendre maître de l'hémorrhagie, le cas échéant, puisqu'on aurait affaire à une hémorrhagie veineuse et que celle-ci peut être arrêtée par la compression ou le fer rouge.

Quant à éviter de franchir la paroi, dans l'énucléation, cela devient facile si, d'après les préceptes que nous avons formulés (pages 367 et suivantes), on dissèque sur

le corps fibreux lui-même, en garantissant cette paroi avec le doigt tuteur ou protecteur interposé entre elle et la tumeur. Finalement la justification de ces tentatives et même l'obligation d'y recourir se trouve dans ce terrible dilemme : ou laisser périr fatalement les malades par des hémorrhagies répétées, souvent énormes et indomptables, ou tenter de les sauver par l'opération.

Nous avons donné les procédés, soit pour l'ablation complète, soit pour la destruction partielle, par voie d'inflammation ou de nécrose, au moyen de l'application de caustiques ou d'excisions partielles.

Nous démontrerons plus loin les services que peut rendre, dans ces cas, la myotomie utérine ignée.

Les autres cas sont passibles de la cystotomie sus-pubienne dont nous allons nous occuper bientôt.

Nous avons formulé les préceptes qui doivent diriger le chirurgien, quand, ayant par devers lui un fibroïde intersticiel de l'utérus, en saillie dans la cavité, qui peut être bien délimité quoique adhérent à une plus ou moins grande étendue de la paroi ou des parois, il se propose d'en faire l'ablation par les voies naturelles. Ces préceptes et le procédé indiqués mettent bien plus à garantie contre les dangers que ceux employés et notamment celui de Marion Sims, qui, après dilatation suffisante du col, veut qu'on incise la capsule, dans les fibroïdes encapsulés ; puis, qu'on dégage la tumeur de la capsule, et qu'on la laisse descendre lentement pour dilater le col en s'y engageant graduellement, et qu'on ne fasse l'énucléation, enfin, que quand sa partie arrondie se présente au niveau de l'orifice dilaté.

Outre que ce procédé ne serait applicable qu'aux tumeurs encapsulées, il est infiniment dangereux par suite de la longueur du temps que la tumeur pourrait mettre à

s'engager dans le col, et par l'inflammation et la septicémie qui pourraient s'en suivre. A tout prendre, et sans attendre, il vaudrait mieux, une fois la tumeur dégagée de sa capsule, aller l'inciser avec l'ongle de l'indicateur ou avec un ténotome mousse, ou avec des ciseaux mousses dirigés sur l'indicateur qui protége les parois utérines.

3º La ténotomie utérine ignée appliquée à la guérison des fibroïdes intra-utérins non pédiculés.

Quand les fibroïdes intra-utérins non pédiculés, qu'ils soient encapsulés ou non, ne sont pas encore assez volumineux pour compromettre immédiatement l'existence, mais suscitent déjà des ménhorragies prolongées, de la gêne dans les fonctions utérines, de la difficulté dans la marche et des retentissements désagréables ou douloureux dans les fonctions générales ou d'organes éloignés, il convient de chercher à les faire disparaître, à débarrasser les malades. Il vaut, en effet, bien mieux les attaquer à cette période de leur évolution que d'attendre qu'ils aient atteint un volume beaucoup plus considérable et qu'ils aient entraîné l'épuisement des malades. En outre, si l'on a par devers soi les moyens et la probabilité d'en triompher en ce moment, la logique veut que l'on essaye. Nous avons parlé largement des divers procédés d'énucléation, d'ablation, de morcellement, et de ceux destinés à provoquer une inflammation nécrosique de tout ou partie de la tumeur. Nous avons même discuté leur importance relative et leurs mérites respectifs; nous n'y reviendrons pas. Mais nous devons insister sur une méthode, celle qui nous réussit si bien dans les opérations de déviations utérines, compliquées d'hypertrophie de certaines parties de l'utérus, ou de fibroïdes en

voie de développement et ayant acquis certaine dimension : nous voulons parler de la myotomie utérine ignée.

Il est démontré que le fibrôme, dépouillé, en partie ou sur quelques points, de sa capsule, quand il est encapsulé, peut se nécroser et être éliminé spontanément par suite de cette nécrose. Il est démontré également que, parfois, si on enlève une partie de la tumeur avec l'instrument tranchant, le restant s'enflamme, suppure ou se nécrose, et peut disparaître complétement, ou être réduit dans ses proportions.

Nous avons dit que, pour atteindre ce but, — la dilacération de la capsule ou l'excision d'une partie de la tumeur, — on se sert des caustiques ou de l'instrument tranchant, deux moyens également dangereux. Le premier, parce qu'il peut entamer les parois utérines sur des points autres que la tumeur ; ou que, s'il est employé sur un point délimité de la tumeur, après excision d'une partie de la capsule, il peut déterminer un sphacèle étendu qui gagne la tumeur de proche en proche, et, peut déterminer la septicémie. Le second, parce qu'il laisse, après son action, des vaisseaux béants, qui sont une porte ouverte à l'absorption du pus quand la suppuration envahit le fibroïde entamé, et peut déterminer la pyohémie.

Si la tumeur, par sa situation, son volume, ses adhérences, paraît peu ou pas susceptible d'être enlevée sans faire courir de très-grands dangers à la malade, nous avons encore, pour parer à ces inconvénients, tout en poursuivant le même but, c'est-à-dire la destruction du fibroïde sur certains points, et déterminer une inflammation nécrosique, par suite, sur le reste, la méthode qui substitue aux instruments tranchants à froid les mêmes instruments incandescents. On peut voir, aux pages 157, 159, 161, 163, 181, 317 et 318, la configu-

ration des instruments tranchants que nous employons à cet usage. Les incisions par instruments incandescents laissent, après l'action de ceux-ci, des plaies fermées par des escarres, qui préviennent ou empêchent toute résorption putride ou pyohémique.

Dans ce but, nous commençons, avec des catéthers métalliques à curseur, par escarrifier, en l'agrandissant, tout le conduit cervical, jusqu'à la cavité utérine. Quand ce résultat est obtenu, et que nous avons une voie libre pour livrer passage aux autres instruments, nous portons ceux-ci, en les choisissant pour l'adaptation au but poursuivi, sur les points du fibrôme que nous voulons entamer. Ce sont des ténotomes mousses ou acérés à la pointe et tranchants sur un côté, que nous faisons agir d'abord sur un ou plusieurs points des surfaces à diviser; puis des ténotomes lancéolaires, effilés ; des ténotomes en spatule et en truelle pour labourer angulairement le fibroïde. Enfin, avec un cautère semi-olivaire, dont la face convexe est appuyée fortement sur la tumeur, et appliqué à autant de reprises qu'il faut, nous provoquons une destruction plus profonde, qui est ensuite consommée, autant que possible, par des cautères à roseau qui, glissant dans la gouttière tracée par les instruments précédents, vont produire des cautérisations plus latérales, plus étendues en longueur et en profondeur.

Voir, pour se rendre un compte exact de ces manœuvres, nos observations LXXXVI bis, LXXXVII et LXXXVIII.

Quand les fibroïdes siégent sur la longueur du col, en s'étendant sur une partie du segment inférieur de la cavité utérine, les manœuvres sont faciles et peuvent être calculées avec une grande précision. Il n'en est plus de même quand ils occupent exclusivement la cavité utérine. Cependant, alors même, on peut arriver à les enta-

mer plus ou moins profondément et, en tous cas, sur une large partie de leur surface, quand, préalablement, on a pu s'assurer, avec l'indicateur introduit dans la cavité utérine, de leur volume, de leur situation, de leur étendue et de leurs rapports.

Quoi qu'il en soit, cette méthode, quand elle est applicable, et elle l'est dans un grand nombre de cas, triomphe de certains fibroïdes, et débarrasse les malades des inconvénients et des dangers auxquels elles sont exposées par leur fait.

Si les sections ou les diverses cautérisations sont destinées à détruire immédiatement des portions étendues du fibroïde, l'inflammation suppurative ou nécrosique, qui leur succède, poursuit cette destruction commencée; et c'est à tel point, qu'il nous a paru, dans un bon nombre de cas, que le fibroïde en entier avait disparu. Si nous jugeons ensuite les effets de cette méthode par ce que nous voyons se produire, à la suite de son application dans les déviations utérines, anté et rétroversions, anté et rétroflexions, qui s'accompagnent si fréquemment d'intumescence de quelque partie du col, ou du col et du globe, appelée engorgement, et où nous voyons, après cicatrisation complète, non-seulement l'utérus redressé, mais encore cet utérus débarrassé de ces intumescences par voie de suppuration et de rétraction cicatricielle, nous sommes autorisés à penser que les mêmes phénomènes se produisent également, quand l'action des instruments incandescents est portée sur des points bien déterminés de la cavité utérine. Nous en avons la preuve directe dans les trois observations citées plus haut.

On peut, au reste, s'assurer par la lecture de quelques-unes de nos observations, relatives aux métrorrhagies où nous avons appliqué cette méthode, que les choses se sont également passées ainsi.

Nous avons, en ce moment, en traitement, une malade dont la cavité utérine présente un fibroïde interstitiel, du volume de la moitié d'une petite pomme, sur la paroi gauche; un autre plus étendu, mais moins saillant, dans le fond, superposé à celui-ci, et se prolongeant, en arrière, à droite, sous forme de colonne charnue, jusqu'à l'ouverture interne du col raccourci, et qui est analogue aux colonnes charnues du ventricule du cœur.

Si les hémorrhagies deviennent trop menaçantes, ce qui est probable, nous nous proposons d'appliquer la myotomie utérine ignée.

4° L'hystérotomie sus-pubienne pour l'ablation des tumeurs fibro-cystiques extra-utérines ou sous-péritonéales, et des fibrômes intra-utérins faisant corps avec l'utérus ou sous-muqueux.

C'est une grande et nouvelle question, ou du moins une question dont la solution reste pendante, que celle de la gastrotomie appliquée à l'ablation des fibrômes utérins. Mais, en 1856 ou 1857, quand la question de l'ovariotomie fut portée devant l'Académie de médecine, elle fut l'objet d'une répulsion générale; et, pourtant, elle est aujourd'hui, et à juste titre, en grande vogue. Une voix seule s'éleva alors, dans la presse médicale, pour défendre cette opération, — qu'on tentait d'acclimater chez nous, quoiqu'elle eût eu son origine en France, — et démontrer qu'il y avait des cas où elle était applicable et nécessaire pour le salut des malades ; et ces cas étaient spécifiés. Cette voix : c'est la nôtre, comme on peut s'en convaincre par la lecture de l'article publié, à cette époque, dans la *France médicale*. Nous avons suivi scrupuleusement la discussion sur la

gastrotomie appliquée à l'ablation des tumeurs fibreuses utérines, à l'Académie de médecine, et médité le rapport de Demarquay, qui fut l'objet de la discussion. Nous n'avons pas trouvé dans ce rapport, pas plus que dans le fond de la discussion, des raisons véritablement logiques, des arguments irréfutables, qui justifiassent la prohibition ou l'ostracisme dont on la frappait. Nous avons vu que le rapporteur, malheureux dans son expérience personnelle, avait aggloméré avec soin les cas multiples où cette opération avait échoué, sans tenir un compte scrupuleux et raisonné de ceux où elle avait réussi. Nous l'avons vu s'appuyer, surtout, sur ce motif que, dans beaucoup de cas, nos voisins d'outre-Manche ou d'ailleurs, et des plus habiles, après avoir ouvert le ventre pour opérer l'ovariotomie et, reconnaissant des tumeurs fibreuses de l'utérus ou de l'ovaire, n'avaient pas osé enlever ces dernières, et avaient réuni la plaie sans aller plus loin. Toutes ces raisons n'étaient pas suffisantes, n'étaient pas même bien fondées, pour repousser une tentative qui, à coup sûr, devait donner, plus tard, et avait déjà fourni, quoique bien rares, d'éclatants résultats. Un seul membre de l'Académie, et pourtant celui-là pas audacieux, mais réfléchi et observateur désintéressé, sut élever la voix pour qu'on ne portât pas un jugement absolu : c'est M. Richet.

Des années se sont écoulées depuis, et cette question a fait quelques progrès qui permettent de la juger plus sainement.

Qu'importe, en effet, que, jusqu'en 1872, sur quarante-quatre cas rapportés par M. Péan, et parmi lesquels sont compris ceux de M. Kœberlé, il y ait eu trente morts et seulement quatorze guérisons ! Qu'importe qu'à ces quarante-quatre premiers cas, on ait le droit d'en ajouter quelques autres dans la même pé-

riode, qui se seraient terminés par la mort et qu'on n'aurait pas publiés !

La question n'est pas tout à fait là pour une pareille opération. Le point capital et culminant est de savoir si, dans les cas opérés, les malades étaient vouées à une mort certaine, par suite d'abstention, ou si elles avaient chance de vie encore prolongée.

Si oui, les quatorze cas de guérison sur quarante-quatre opérations constituent un succès éclatant ; si non, il reste, en présence de cette grande mortalité par l'opération, à poser des règles aussi positives que possibles pour qu'il soit permis de l'entreprendre.

Pour une question aussi neuve et aussi importante, ce n'est pas en procédant par voie de statistique qu'on peut juger sainement si l'opération est praticable, et si elle doit être pratiquée dans quelques cas bien définis. Il peut arriver, il arrive nécessairement que ceux qui ont tenté une ou deux fois cette opération et ont été malheureux dans leurs essais, soit par mauvais choix des cas, soit faute de connaissances bien précises des circonstances pathologiques concomitantes, de la disposition des tumeurs, par un manque de certitude dans le diagnostic, soit enfin par l'insuffisance d'habileté dans le manuel opératoire ou dans la direction des soins consécutifs, ont une propension à la repousser. Non-seulement ils ont cette répulsion personnelle; mais ils cherchent à la communiquer à tous ceux qui n'ont jamais pratiqué l'opération. En outre, ils mettent à défendre leur opinion, résultant de cette répulsion, toutes sortes de considérations, qu'il est toujours possible d'aligner en leur donnant une grande apparence de valeur plutôt qu'une valeur intrinsèque bien réelle. C'était le cas du rapport de Demarquay, approuvé pourtant par la majorité des membres de l'Académie de médecine.

Quelles sont donc les grandes opérations qu'on pourrait juger à leur naissance, par voie de cette statistique si complaisante à se plier aux caprices de ceux qui s'en servent ?

Au reste, les grandes questions ne sont jamais résolues par une société savante ; nous donnerions de cela, si nous le voulions, des preuves par A plus B. Elles le sont ordinairement par un ou plusieurs hommes d'élite, qui en poursuivent la solution dans le silence d'une observation patiente et d'une expérimentation sagace.

Or, la gastrotomie, appliquée à l'extirpation des tumeurs utérines, est de ce nombre, et l'Académie de médecine ne devait faire qu'une seule chose, en suivant le prudent conseil de M. Richet, ajourner son jugement.

Ces considérations bien établies, il est permis de démontrer que cette opération est entrée aujourd'hui dans une phase qui permet, à tout observateur impartial, à tout homme qui médite et sait tirer la conclusion des faits connus, de poser certains principes indéniables.

Examinons les faits avec toute l'impartialité et toute la droiture d'un jugement qui ne veut que la lumière.

D'abord, nous trouvons quatorze cas bien connus où les chirurgiens, croyant opérer un kyste de l'ovaire, se sont trouvés en présence de tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques, et, par suite de cette méprise, ont refermé la plaie sans poursuivre l'opération.

Ces cas sont dus à Lizars (1825), Dieffenbach (1826), Atlée (1849-51), et, depuis, à Backer-Brown, Cutter, Deane, Mussey, Smith.

Sur ces quatorze cas, cinq malades ont succombé immédiatement, les autres ont survécu, mais on ne sait pas combien de temps. Cette conduite de la part des chirurgiens sus-nommés est peut-être logique, eu égard au

manque de notions pour les guider alors, et en face de l'imprévu.

Mais, comme faits bruts, il est patent que cinq malades ont succombé sans courir les chances d'être guéries de leur maladie. C'est là un fait bien malheureux.

Cherchons maintenant à répondre aux quatre questions suivantes et à les résoudre, si faire se peut, par l'examen de faits connus jusqu'aujourd'hui :

1° Cette opération peut-elle et doit-elle être pratiquée?

2° Dans quelles circonstances est-il permis de la tenter?

3° Le manuel opératoire, subordonné à l'habileté de main de l'opérateur, à sa perspicacité dans le cours de l'opération et dans ses suites, est-il aujourd'hui bien dessiné, bien tracé?

4° Enfin, la question d'opportunité peut-elle être résolue, en face des complications prévues ou à prévoir?

L'utérus, qui est un organe nécessaire à l'exécution de certaines fonctions, n'est pas absolument nécessaire à la vie. La preuve directe nous en est fournie par son ablation que l'on pratique chez certaines espèces animales, sans que leur existence soit compromise, et par les malades à qui l'hystérotomie a été faite, et qui se sont bien portées après.

Les premiers cas d'hystérotomie sus-pubienne sont dus à Ch. Clay et Heath, de Manchester. Il s'agissait de tumeurs fibreuses prises pour des kystes de l'ovaire. Clay opéra en mai 1843 et Heath en novembre de la même année. — La malade de Clay succomba, au quatorzième jour, à une péritonite déterminée par la chute de la malade que l'infirmière laissa tomber par terre en la transportant; ce cas eût été probablement un succès. Celle de Heath succomba presque immédiatement.

Le premier succès vrai date de 1853. Il est dû à Burnham (Amérique). — Viennent ensuite les cas heureux de Peaslee et Kimball, 1855; Boyd, 1856; Spencer Wells, 1859; Sawier, 1860; Kœberlé, qui a le premier pratiqué avec préméditation et après avoir bien précisé le diagnostic, 1863; Storer, de Boston, 1864, et, après eux, plusieurs autres chirurgiens; puis Péan, qui a apporté d'heureuses modifications sous beaucoup de rapports, vient ensuite. En 1866 (*Essai sur la Gastrotomie*), M. Caternaud cite 42 cas d'amputation de l'utérus, dont bon nombre de sources inconnues ou non indiquées.

L'auteur cite, comme favorable, une série où les tumeurs, pédiculées, furent enlevées par excision après ligature du pédicule, sans intéresser l'utérus. Sur ces 20 cas, les plus heureux, il y a 12 morts et 8 guérisons. — 60 0/0 de décès.

Dans une autre série, qui comprend 42 cas, où une portion de l'utérus a été enlevée, qu'il dénomme cas compliqués et qu'aujourd'hui on considère comme ordinaires, il y a eu 10 guérisons et 32 morts. — 70 0/0 de morts. — Voilà des faits bruts. Peu importent ensuite les raisonnements plus ou moins spécieux et les défalcations accommodantes faites par M. Caternaud, pour prouver que la mortalité, par suite de tel motif ou de telle circonstance, etc., doit être réduite à un chiffre fort inférieur. Nous n'acceptons que les faits bruts.

MM. Péan et Urdy, dans le *Mémoire sur l'Hystérotomie* (1873), donnent une statistique comprenant 44 cas, qui va jusqu'en 1872 inclusivement. Sur ces 44 cas, comme résultats bruts, on trouve 14 guérisons et 30 décès, soit 31,82 0/0 de guérisons, tandis que, dans une précédente période, s'arrêtant à 1863 et

comprenant 20 cas, on ne trouve que 3 guérisons, soit 15 0/0 de guérisons. Si tout cela était bien net et précis, il découlerait que, dans la première période, qu'on peut appeler d'enfance, l'hystérotomie a été une opération horriblement désastreuse, et que, dans la seconde, qu'on peut appeler de progrès et allant jusqu'en 1873, il y a eu, par suite de perfectionnements de toutes sortes apportés à cette opération, une diminution telle, sous le rapport de la mortalité, qu'elle ne dépasse pas beaucoup celle des amputations de jambes et de cuisses (les deux confondues dans une statistique générale). Ce serait déjà là un fait éclatant.

Mais il y a mieux, tellement les chiffres sont bien coordonnés. Sur ces 44 hystérotomies de la deuxième période, M. Péan en aurait pratiqué 9 à lui seul; et, sur ces 9 cas, il n'aurait perdu que 2 malades : ce qui serait le superlatif pour une opération presque proscrite d'emblée et traitée de : par trop audacieuse.

Ces résultats obtenus par M. Péan, que nous devons croire parfaitement vrais, témoignent à eux seuls, qu'à ce moment, l'auteur, s'appuyant sur l'expérience de ses prédécesseurs et profitant de toutes les données bien établies par M. Kœberlé, en particulier, et les célébrités d'outre-Manche et d'Amérique, a su apporter les plus heureuses modifications dans l'ensemble de l'opération et des suites. Cela nous paraît incontestable. Mais ce qui va le prouver mieux encore, c'est sa statistique générale que M. Péan vient de publier dans son volume de *Clinique Chirurgicale* qui vient de paraître, et où je trouve à son actif, depuis 1869, date de sa première opération, 23 opérations d'hystérotomie sus-pubienne, ni plus ni moins.

Ces 23 opérations se répartissent ainsi :

Amputations partielles....................	9
Complètes..............................	14
Total....................	23

Or, sur ce total, il y a 8 morts et 15 guérisons. Ces 8 morts sont les observations 196, 198, 200, 203, 207, 208, 212, 214. — Sur ces 23 cas, on en trouve 17 ayant trait à des fibrômes plus ou moins compliqués et 6 à des tumeurs fibro-cystiques. 6 des décès portent sur les 17 cas de fibrômes, et 2 sur les 6 cas de tumeurs fibro-cystiques. Tandis que la mortalité est d'un peu moins d'un tiers pour les premiers, elle est d'un tiers pour les tumeurs fibro-cystiques.

Comme résultats généraux des cas appartenant à M. Péan, il y aurait une proportion de 65,22 de guérisons sur 100. C'est beau. Il faut admettre ou que M. Péan a publié tous ses cas, ou qu'il en a laissé quelques-uns en sous-ordre. Il n'est pas difficile de choisir dans ce dilemne. M. Péan a tout publié. Donc ces résultats sont beaux.

Par exemple, les résultats de ses dernières opérations, depuis 1872, contredisent tant soit peu ses affirmations, lorsqu'il prétendait que les amputations partielles avaient donné une mortalité plus grande que l'amputation complète de l'utérus ; car, sur les 8 morts de sa statistique, il n'y a que deux décès à l'acquit des amputations partielles, ou 2 morts sur 9, tandis qu'il y a 6 morts pour les amputations complètes, au nombre de 14, soit près de 1 sur 2.

Ces derniers résultats, tout à fait en opposition avec les conclusions tirées par MM. Péan et Urdy, dans leur livre de 1873, témoignent, comme faits bruts, que, contrairement à la statistique de cette date, et malgré

les bonnes raisons dont M. Péan étayait alors les résultats, l'amputation complète de la matrice est beaucoup plus meurtrière, puisqu'elle fournit près de 1 décès sur 2, tandis que l'amputation partielle n'en fournit que 2 sur 9. Tout est renversé dans cette dernière période de 1872 à 1876, et ces faits corroborent l'énonciation de M. Caternaud.

La statistique générale de M. Péan contient, sur ses 23 opérations, 17 cas de fibrômes plus ou moins compliqués et 6 cas de tumeurs fibro-cystiques. — Pour les premiers, il y a 6 décès ou un peu moins d'un tiers, et pour les secondes deux décès ou un tiers. On voit que la mortalité diffère peu, soit qu'il s'agisse de fibrômes de l'utérus, soit qu'il s'agisse de tumeurs fibro-cystiques.

Voilà les résultats clairs et nets fournis par la pratique de l'un des opérateurs, dont nous avons sous les yeux le chiffre exact d'opérations par lui pratiquées.

Nous ne pourrions tirer des conclusions aussi exactes pour tous les faits appartenant à d'autres opérateurs, soit parce que tous ces faits n'ont pu être groupés dans une statistique générale, soit parce que, le fussent-ils, ils n'offriraient pas la même précision de détails et d'ensemble qu'offre celle de M. Péan, qui a pu tout consigner dans la sienne propre.

Il y a un rapport à établir entre les résultats fournis par l'ovariotomie et ceux fournis par l'hystérotomie sus-pubienne.

Dans un relevé comprenant la pratique des cinq opérateurs qui ont le plus pratiqué l'ovariotomie, et par conséquent portant sur un grand nombre de cas qu'il distingue en kystes de l'ovaire simples, sans adhérences, et en kystes avec adhérences étendues, M. Péan trouve, pour les premiers, une proportion de guérisons qui oscille

entre 55 et 90 0/0, et, pour les seconds, une proportion qui varie entre 45 et 68. Les voici :

Dans la première série, ou kystes simples de l'ovaire	Baker-Brown	55 pour 100.
—	Sp. Wells	75 —
—	Keitt	9 —
—	Kœberlé	78 —
—	Péan	90 —
Dans la seconde série, ou kystes compliqués	Baker-Brown	45 —
—	Sp. Wells	55 —
—	Keitt	60 —
—	Kœberlé	62 —
—	Péan	68 —

La proportion dans l'hystérotomie sus-pubienne ayant donné environ 65 cas 0/0 de guérisons, entre les mains de M. Péan, ne s'éloigne pas beaucoup, comme on le voit, de celle fournie par l'ovariotomie dans les cas compliqués.

Pour avoir les notions de progrès accomplis, il faut comparer les statistiques d'ovariotomie grave avec celles de l'hystérotomie, pour les anciens cas et pour les nouveaux, dans les unes comme dans les autres. D'après les statistiques anciennes, basées sur les cas de B. Brown, Sp. Wells, Keitt, Kœberlé et Péan, on trouve, pour l'ovariotomie, les proportions de 45, 55, 60 et 68 0/0 de guérisons.

D'après une statistique nouvelle, reposant sur 204 cas dus à Spen Wells, il y a eu 138 guérisons, soit 66,77 0/0 de guérisons. Ce qui prouve que, dans les cas graves, la proportion des morts, dans l'ovariotomie, s'élève de 13 pour 100.

Dans une récente série d'opérations d'hystérotomie pratiquées en Amérique, sur 12 opérations il y a eu 11 morts (Gaillard, Thomas. *A Pratical treatrise of*

the disease, of Women, Philadelphie, p. 250); c'est effroyable, mais c'est partiel.

Sur 119 cas d'hystérotomie qu'a pu réunir, dans sa thèse de concours, le docteur Pozzi, et provenant de sources diverses, il y a eu 77 morts; proportion de 64,7 0/0 de morts. Résultat au moins beaucoup plus satisfaisant, mais qui prouve que cette opération, pratiquée par des opérateurs peu rompus aux difficultés de toutes sortes dans son exécution, offre une mortalité bien plus considérable, puisque M. Kœberlé aurait une mortalité bien moindre, et M. Péan une mortalité encore inférieure, celle de 35 0/0 environ.

Ces chiffres sont aujourd'hui suffisants pour établir un jugement. Si nous ajoutons que beaucoup de chirurgiens se sont mis à pratiquer l'hystérotomie sus-pubienne; que beaucoup ont réussi isolément, quoique ne donnant pas de statistiques, tant en France qu'à l'étranger, tels que le professeur de Krassowski, de Saint-Pétersbourg, qui a eu quatre succès, dont deux relatés dans la thèse du docteur Reyn, et deux des plus compliqués publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1876, nous pouvons établir que l'hystérotomie sus-pubienne, d'abord repoussée par l'Académie de médecine, avec réserve ultérieure pourtant, est praticable, puisqu'elle a été pratiquée en tous pays et par un nombre respectable de chirurgiens; et que les résultats les mieux connus jusqu'aujourd'hui, non-seulement autorisent, mais font un devoir de la pratiquer dans les circonstances et les conditions qui restent à définir.

L'hystérotomie doit-elle entrer dans la pratique comme opération usuelle ?

Est-ce à dire que cette opération ne pourra être pratiquée que par des hommes spéciaux?

Quand toutes les surprises et toutes les difficultés

qu'elle peut présenter dans les cas qui la comportent seront exactement connues et précisées par suite d'une longue expérience ; quand des règles positives et certaines auront été posées pour son exécution, et pour les soins et précautions à prendre dans ces cas, elle sera du domaine de tous les chirurgiens. Mais, comme tous les chirurgiens n'ont pas les mêmes aptitudes, la même perspicacité, le même sang-froid, la même présence d'esprit, la même intelligence pour les soins consécutifs, et, qu'en un mot, cette opération n'étant pas, comme les amputations, le pont-aux-ânes, il s'ensuit qu'elle sera toujours, ou à peu près, l'apanage de certains hommes, qui, par cela même, deviendront spéciaux, quoique tout chirurgien puisse l'aborder. De même que l'opération de la cataracte, qui est entrée dans la science comme opération usuelle, est l'apanage d'hommes qui se consacrent d'une façon spéciale aux opérations qui se pratiquent sur les yeux, de même, croyons-nous, en sera-t-il pour l'hystérotomie. En un mot, nous ne pensons pas que cette opération, pour entrer comme opération usuelle dans la science, devienne monnaie courante comme les amputations des membres.

En présence des résultats que l'hystérotomie sus-pubienne a donnés jusqu'à nos jours, c'est-à-dire de 50 à 64 morts sur 100, et, dans 12 cas américains, de 11 sur 12, on est rigoureusement obligé de conclure que, si l'opération est praticable, si elle entre comme opération usuelle dans la science, elle doit être confinée dans des limites qui n'autorisent pas un chirurgien à soumettre à 64 chances de mort sur 100 des malades qui n'en ont pas absolument besoin, nécessairement, dirons-nous, pour avoir quelques chances d'échapper à une mort certaine.

5° Question d'opportunité et d'abstention.

L'hystérotomie doit être pratiquée quand la vie de la malade est directement et immédiatement menacée ; soit par des hémorrhagies incoercibles, soit par des phénomènes de compression donnant lieu aux mêmes phénomènes menaçants que ceux de la hernie étranglée, et que toutes les manœuvres essayées pour déplacer la tumeur et vaincre les phénomènes restent sans résultat ; soit par tous autres phénomènes morbides dont la persistance est incompatible, à bref délai, avec la conservation de la vie. Ces points sommaires précisés indiquent déjà la réponse à la deuxième question : dans quelles circonstances est-il permis de la tenter ? Nous savons tous, par expérience, qu'un nombre considérable de tumeurs fibreuses de l'utérus, surtout parmi les sous-péritonéales, peuvent rester stationnaires et ne jamais compromettre l'existence, même après avoir acquis un volume effrayant. West a observé quatre-vingt-seize cas de myomes utérins ayant plus ou moins altéré la santé. Sur ce nombre, il n'a eu à constater qu'un cas de mort par hémorrhagie, après neuf ans d'observation de la maladie. Dans deux autres cas, il y a eu mort par péritonite (1).

Nous avons une vingtaine de cas de fibrômes sous-péritonéaux en traitement qui ne nous ont donné jusqu'à présent aucun souci sérieux. Par contre, nous avons vu succomber deux malades aux accidents produits par la compression, accidents analogues à ceux de la hernie étranglée. Parmi ces vingt malades, il en est

(1) *Leçons sur les maladies des femmes,* West. Traduction de Mauriac (1870), page 331.

trois chez qui notre exploration première remonte à vingt et un ans, à quinze ans et à treize ans. Ces trois malades se portent relativement très-bien. L'une, depuis vingt et un ans que je lui pratiquai l'amputation du sein, et où, pendant le sommeil anesthésique, je pus constater une énorme tumeur fibreuse extra-utérine, n'a eu que deux hémorrhagies. Elle jouit encore actuellement d'une bonne santé, à l'âge de soixante-douze ans, et son fibrôme est resté stationnaire. La seconde, à qui je donne des soins depuis quinze ans que j'ai pu diagnostiquer un fibrôme extra-utérin remontant jusqu'à l'ombilic et emplissant tout le bas-ventre, se porte également bien et, n'était la préoccupation continuelle des dangers que pourra lui susciter un jour sa tumeur, elle n'aurait rien à désirer pour sa santé. Enfin la troisième, une dame américaine, chez qui, de prime abord, il y a treize ans, j'avais perçu une tumeur fibreuse plus grosse que deux fois la tête d'un fœtus à terme; à qui je n'avais jamais fait part de cette circonstance, crainte de troubler son existence, d'ailleurs très-heureuse sous tous rapports; qui, vivant tranquille, paisible, gaie; jouissant de toutes les relations agréables de la société, pouvant faire des voyages sans fatigue comme sans accident, alla, par malheur, un jour pour s'abreuver aux thermes d'Allemagne. Là, elle s'adressa à un médecin de grand renom, pour savoir quelles eaux elle devait choisir qui lui rendissent force et jeunesse.

Ce confrère n'eut rien de plus pressé que de lui annoncer qu'elle avait une volumineuse tumeur dans le ventre, comme s'il avait pu supposer, un seul instant, que ce fût lui qui en eût fait la première découverte.

A cette révélation, Mme P... quitta subitement l'Allemagne, revint à Paris dans un profond désespoir; con-

sulta une dizaine de célébrités qui, toutes, lui donnèrent des conseils variés ; dont une, au moins, lui conseilla de se faire ouvrir le ventre pour se faire débarrasser de la tumeur.

A partir de ce moment, ce fut une torture horrible pour cette pauvre dame, qui n'éprouvait d'autre inconvénient qu'un peu de faiblesse dans la marche. Il n'y eut plus ni sommeil, ni repos pour elle.—Elle commença dix traitements pour les abandonner successivement.—Elle aurait péri sous l'impression morale si, un jour, reprenant confiance, elle ne s'était complétement soumise à nos avis. Simple ceinture doucement compressive, vie agréable, voyages puisqu'elle les supportait bien, en un mot, reprendre sa vie antérieure, tels furent nos conseils. Elle les suivit, et, il y a trois mois, elle retournait en Amérique sans éprouver plus de gêne qu'il y a treize ans ; sans avoir vu sa tumeur s'accroître d'une maniére sensible, et demeurant au moins convaincue, ce qui est un beaume sur son cœur, qu'elle pourra probablement vivre encore nombre d'années sans être plus malade que depuis treize ans, durant lesquels elle ne l'a pas été, à proprement parler.

M. Péan raconte, dans son mémoire sur l'hystérotomie sus-pubienne (1873), l'histoire d'une jeune femme arrivée de la province pour se faire opérer, qui avait une tumeur fibreuse ou fibro-cystique remontant presque sous les fausses côtes. Le médecin de la malade l'avait décidée à l'opération, qu'elle venait bravement subir. M. Péan, ne voyant pas encore l'urgence, la renvoya chez elle pour temporiser.

A deux ans de distance, la malade revient. Cette fois M. Péan ne rencontre plus trace de tumeur dans le ventre, la malade était guérie. Si ce fait n'était raconté par M. Péan, on pourrait croire à une erreur complète

de diagnostic, ce qui est facile en ce cas, même pour les hommes les plus exercés. Mais M. Péan est si affirmatif à ce sujet, qu'on ne peut avoir un doute.

Au reste, même avec les apparences les plus menaçantes, une tumeur fibreuse ou fibro-cystique peut encore avoir une issue heureuse, spontanée. L'inflammation, qui atteint si facilement leur enveloppe péritonéale, peut, d'emblée ou par continuité, envahir le tissu fibreux et les poches kystiques s'il en contient; cette inflammation peut aboutir à la suppuration et la malade peut guérir par suite de cette terminaison. Nous avons, dans notre Mémoire sur les corps fibreux utérins (1868), relaté un fait semblable, que nous devons reproduire ici fort à propos.

Obs. XCVI.

Suppuration d'un très-volumineux fibrôme, ou tumeur fibro-cystique sous-péritonéale ; guérison radicale après trente mois de suppuration.

Mme M..., rue de la Pépinière, cour des bains, était atteinte de corps fibreux ou fibro-cystique sous-peritonéal, à deux lobes, depuis plus de dix ans. Il survint des symptômes de péritonite traduits par des douleurs péritonéales, la dépression du pouls, le grippement de la face, les vomissements verts porracés, la constipation et la fièvre. Ces accidents combattus activement et enrayés, l'inflammation, ayant gagné et continuant dans les corps fibreux, poursuivit son cours, entraîna leur fonte purulente, si bien que, le 30 mars 1860, je pus faire deux ponctions avec le bistouri, une dans la fosse iliaque gauche, une dans la région iliaque droite, près du pubis. De ces deux ponctions il s'écoula de suite environ deux litres de pus bien lié. Une injection iodée poussée par l'une des deux ouvertures venait sortir par l'autre ; preuve que les deux lobes, qui me semblaient distincts, communiquaient ensemble. Des tubes furent introduits à demeure pendant trois mois, pour évacuer le pus. L'histoire de cette malade est tellement curieuse, que je dois en donner sommairement les principaux détails. Il s'établit chez elle une suppuration continue par les deux ouvertures. Pendant cinquante-cinq à soixante jours, il ne s'écoula pas moins de deux litres de pus par vingt-quatre heures. La malade ne pouvait plus conserver de linge sur elle ; elle avait établi un récipient au-dessous de son lit, pour recevoir

la suppuration, conduite par une toile cirée en gouttière qu'elle avait placée sous elle. Pendant tout ce temps je lui faisais des injections iodées tous les deux jours, et je ne pouvais, même avec ces injections, empêcher la fétidité du pus, devenue telle, que la chambre en était infectée au point qu'on ne pouvait y rester longtemps. La malade survivait cependant.

Pendant trois mois, ensuite, elle s'injecta elle-même de la teinture d'iode tous les trois ou quatre jours. Elle se levait et marchait dans sa chambre, mais son ventre était une fontaine d'où il s'échappait à deux jets un pus séreux et de moins en moins fétide. Au bout de ces trois mois, près de six mois après les ponctions, elle ne perdait guère plus d'un demi-litre de pus par jour. Elle avait de l'appétit. Le fer, les toniques et une bonne alimentation maintenaient ses forces à un degré satisfaisant. Bref, pendant deux ans, elle eut deux fistules suppurantes. La suppuration diminuant graduellement, ce n'est que le trentième mois que les deux fistules furent complétement oblitérées, laissant des cicatrices en entonnoir, à dépression profonde. A cette époque, dans un dernier examen, je ne rencontrai plus, sur les parties occupées primitivement par les tumeurs, qu'une plaque indurée s'étendant obliquement de la fosse iliaque gauche, au-dessus du pubis, un peu à droite. La palpation, exécutée en déprimant fortement les parois abdominales, la malade couchée sur le dos, ne laissait plus percevoir d'autres traces de tumeur que cette plaque indurée. Mme M... se porte fort bien aujourd'hui. Il y a huit ans qu'elle est guérie ; je ne passe pas une année sans l'examiner pour m'assurer de la solidité de cette cure. Elle habite actuellement rue du Rocher. Si le diagnostic, établi d'ailleurs par plusieurs confrères avant moi, notamment par le docteur Chérau, qui avait soigné la malade, n'a pas été en défaut ; si nous n'avons pas pris pour des tumeurs fibreuses, ce que je ne crois pas, un kyste de l'ovaire à parois fibreuses, il est constant que c'est là un des plus beaux exemples de guérison de fibrôme extra-utérin par voie d'inflammation suppurative (1).

Évidemment, si on opérait dans des cas tels que ceux que nous avons signalés, où il n'y a aucune nécessité de le faire, on n'obtiendrait pas les mêmes résultats; et la moitié des malades, à en juger par la statistique, y perdraient la vie. Donc l'opération est condamnable dans ces cas, c'est-à-dire tant que les malades ne subissent aucun danger immédiat, car les dangers loin-

(1) J'ai soigné, en 1871, cette malade pour une néphrite parenchymateuse aiguë. Elle offrait toujours cette même plaque indurée ; donc elle était bien radicalement guérie depuis onze ans.

tains ou à prévoir ne sont qu'hypothétiques, quel que soit, au reste, le volume de la tumeur.

Qu'un chirurgien choisisse ses cas; qu'il renonce à toucher à ceux qui ne lui offrent pas de chance de réussite! nous le concevons dans tous les buts possibles. Mais que si, pour bien choisir ses cas et assurer le triomphe d'un procédé opératoire à faire valoir, il s'attaque à des tumeurs qui ne donnent lieu à aucun accident sérieux, par la raison que, plus tard, elles peuvent compromettre la vie des malades, nous repoussons cette manière d'agir et de comprendre les opérations audacieuses. Une seule excuse serait valable, ce serait dans le cas où une malade, envers et contre tout, après avoir été bien et dûment prévenue, exigerait l'opération pour se faire débarrasser de sa tumeur, pour des motifs à elle propres.

Que dans l'ovariotomie on cherche à opérer à bonne heure, dès que le kyste est bien saillant, bien diagnostiqué, la chose est aisée à comprendre. Là, fatalement, au moins dans l'immense majorité des cas, le kyste poursuit sa marche ascendante et se termine fatalement par la mort, à une époque plus ou moins reculée. Mais il n'en est plus de même pour les tumeurs de l'utérus, pour les fibrômes surtout, qui peuvent dans beaucoup de cas, laisser arriver les malades à la vieillesse et à la vieillesse la plus avancée, ce dont nous avons des exemples nombreux. Ici, l'opération ne doit être pratiquée que dans l'imminence d'un grand danger immédiat couru par elles. Alors, non-seulement l'opération est praticable, mais elle doit être pratiquée, n'eût-on que la moitié des chances, et même moins, par devers soi, pour la réussite, précisément parce qu'on se trouve en présence d'un danger imminent, et qu'il faut chercher à sauver la vie.

Cette opinion est aussi indiscutable que l'est celle d'une amputation de cuisse dans les plus mauvaises conditions, et quelquefois avec beaucoup moins de chance, quand il s'agit de soustraire à la mort un malade très-gravement menacé. Il n'y a, en raisonnement, qu'une seule différence, c'est que l'amputation, est, par suite des notions bien acquises et bien assises de par l'expérience, le pont aux ânes en chirurgie; et que la gastrotomie, pour l'extirpation des tumeurs utérines, est hérissée de toutes sortes de difficultés ; qu'elle réserve souvent des imprévus auxquels la sagacité, l'habileté, la perspicacité de l'opérateur doivent parer. En un mot, tandis que l'amputation est une opération correcte, ne laissant que rarement place à une surprise, à une modification quand elle a été méditée et préparée, l'autre est, au contraire, un peu livrée à l'arbitraire, aux modifications de manuel opératoire, et peut offrir des difficultés sérieuses à surmonter, suivant des circonstances qu'on n'a pu préjuger. Mais ce n'est pas une raison pour laisser périr infailliblement une malade quand on a quelques chances de la sauver. Ajoutons, pour bien préciser les cas où il est permis, commandé même, d'opérer, qu'on peut cliniquement partager les tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques de l'utérus en deux grandes catégories :

1° Celles qui ont une évolution lente, graduée, qui, par cela même, peuvent rester stationnaires et avoir la chance de décroître, même de disparaître complétement, surtout à la ménopause ;

2° Celles qui ont une évolution rapide, quelquefois si rapide qu'on peut les appeler galopantes. Quand les caractères de ces dernières sont bien dessinées, il y a urgence d'opérer, parce qu'en tardant trop on pourrait voir succomber inopinément les malades, et qu'en tout

état de cause, en temporisant ou s'abstenant, on leur enlève les seules chances de salut sur lesquelles on puisse compter.

Or, autant que la question de ménopause et la non-imminence de mort pourront le permettre, il faut que les malades aient dépassé la ménopause pour les tumeurs fibro-cystiques, ou qu'elles en soient encore loin pour les tumeurs fibreuses péri-utérines ou interstitielles, pour les soumettre à l'opération.

Si, outre la marche rapide de la tumeur, il survient des accidents qui menacent de suite et positivement la vie, on est autorisé, bien plus, il y a obligation d'opérer, pourvu que le sujet ne présente pas de mauvaises conditions, ou que le milieu dans lequel il se trouve ne la contre-indique pas, comme toute autre opération grave.

Dans le cours d'une opération d'ovariotomie, si, au lieu du kyste de l'ovaire, on rencontre un corps fibreux, on doit poursuivre l'opération, extirper celui-ci, encore qu'il ne soit pas pédiculé, et ne pas laisser l'opération incomplète. Ce n'est qu'une somme de dangers ajoutés à ceux de la gastrotomie, et en face de ces dangers, ou en compensation, il reste quelque espoir de sauver la malade.

Telles sont les bases qu'il est permis de poser, quant à présent, pour l'opportunité ou l'abstention dans une opération qui a chance de donner encore de moins mauvais résultats quand l'expérience sera plus grande.

M. Péan avait reconnu d'abord, même démontré par des faits propres, que l'amputation complète de l'utérus fournit plus de succès. Sa série de 1873 jusqu'aujourd'hui lui a donné complétement tort, comme nous l'avons prouvé.

Néanmoins, quand les tumeurs fibreuses interstitielles ne pourront être enlevées, soit par la myotomie uté-

rine, qui comprend l'énucléation et l'ablation, soit par la myotomie utérine ignée, qui offre de grandes chances d'entraîner la disparition des tumeurs qui peuvent être atteintes, soit par les procédés de Backer Brown ou autres, qui tendent à déterminer la nécrose du fibrôme pour en obtenir la chute ou l'élimination spontanée, l'hystérotomie sus-pubienne reste, comme ressource ultime et précieuse, en face de malades vouées à une mort certaine, sans intervention de l'art.

6° Causes de mort.

Les principales causes de mort à la suite de l'hystérotomie sus-pubienne sont : le choc des Anglais ou épuisement nerveux, les hémorrhagies primitives ou consécutives, la péritonite, la pyohémie.

Les perfectionnements des moyens d'hémostase diminueront la proportion des hémorrhagies. Le choc ou épuisement nerveux, inévitable dans certains cas, peut être diminué de fréquence par plus de brièveté dans l'opération, ce que permettent aujourd'hui les connaissances acquises sur les imprévus et les complications.

Enfin, on peut amoindrir les chances d'explosion de péritonite, en évitant, aussi complétement que possible, l'extravasation des liquides, sang, sérosité, et surtout du pus dans la cavité du péritoine, et en faisant ce qu'on appelle la toilette de celui-ci, quand, par hasard, cet accident se produit.

Quant aux vomissements chloroformiques, si funestes par la secousse qu'ils impriment durant ou après l'opération, mais surtout durant l'opération, où ils peuvent faire sortir du ventre toute la masse intestinale ; outre les manœuvres à employer pour s'opposer à la sortie des intestins pendant la secousse, M. Péan, qui a

dicté les meilleurs préceptes que nous venons d'énoncer, trouve que l'administration du chloroforme, pour replonger les malades dans l'anesthésie, est ce qu'on peut faire de mieux, afin d'empêcher le retour de la secousse résultant du vomissement.

Nous venons, par toutes les considérations et motifs successivement exposés, de résoudre, autant qu'il est en nous, la question d'opportunité, d'abstention et de devoir pour le chirurgien.

Nous n'avons pas à donner la description du manuel opératoire dans l'hystérotomie sus-pubienne, d'abord parce que c'est le même que dans l'ovariotomie, quant à l'ouverture du ventre à pratiquer, aux précautions et aux manœuvres à employer pour éviter l'écoulement des liquides dans le péritoine; à la toilette à faire de cette cavité quand il y a eu épanchement de ces liquides; à la manière de fixer le pédicule hors la plaie, à la suite de la réunion immédiate; aux procédés pour vaincre les adhérences, prévenir les hémorrhagies, arrêter celles qui peuvent avoir lieu malgré tous les soins, etc., etc.; ensuite parce qu'il est impossible de préciser les points où peuvent porter les difficultés pour morceler la tumeur quand le cas l'exige, l'entraîner en dehors du ventre, abandonner certains restes à une fonte purulente consécutive, etc., etc.

Les ouvrages spéciaux indiquent autant que possible, et suivant les cas qui se sont présentés aux divers opérateurs, tout ce qui peut être dicté, avec concision et précision, dans ces mutilations, qui ne sont qu'une suite d'opérations ajoutées les unes aux autres, et qui ne se décomposent pas, comme opération générale, en tant ou tant de temps. Il nous suffit d'ajouter, pour en finir, qu'il faut être muni de tous les instruments, comme dans la pratique de l'ovariotomie, et, de plus, de tous

les instruments qu'on peut juger nécessaires pour agir dans les diverses éventualités qui peuvent surgir et qui laissent alors, d'après l'imprévu, tout à la sagacité, au jugement, à la décision et au calme du chirurgien.

Il nous reste, après ces réserves, la ferme conviction d'avoir discuté cette grande question avec toute l'impartialité et l'indépendance d'un observateur qui cherche la lumière. C'est au lecteur à juger si nous avons réussi à porter la conviction dans l'esprit.

D. — Tumeurs malignes de l'utérus.

Le tubercule de l'utérus dont nous ne nous occuperons pas ici, du reste, parce que, quand il existe, il est, dans l'immense majorité des cas, l'expression d'un état constitutionnel, d'une diathèse, existant par conséquent et simultanément avec des tubercules plus ou moins généralisés dans d'autres organes, péritoine, poumons, etc., le tubercule de l'utérus, disons-nous, ne nécessite aucun traitement spécial localement. C'est aux soins palliatifs qu'il faut s'adresser ; et cela est d'autaut plus vrai, que, quand la tuberculisation, ce qui est très-rare, semble être concentrée uniquement sur l'utérus, et particulièrement dans la muqueuse de revêtement, la maladie est à peu près incurable. On voit alors de nombreuses ulcérations déchiquetées, qui donnent lieu à des pertes purulentes constantes, quelquefois striées de sang ; c'est une sorte de phthisie utérine. Dans ce cas, les trompes sont quelquefois également le siége de tubercules, ce qui a fait supposer à quelques auteurs que l'affection débute par là.

Les soins palliatifs, ou médecine de palliation, dans le tubercule utérin, tout le monde les connaît; ils consistent en injections de diverses natures, cautérisations de diverses sortes, repos, etc., tandis que le traitement

vraiment curatif s'adresse à la constitution et s'exécute par des médications générales. Le tubercule ne saurait entrer dans les tumeurs malignes comme expression technique de l'état de malignité, et cependant il faut bien le considérer comme tel, puisque son incurabilité, à peu près démontrée, y contraint. Mais les tumeurs vraiment malignes sont les cancers, ou celles qui, n'offrant pas tous les caractères de ceux-ci, peuvent être considérées comme telles par leur plus ou moins grande tendance à la récidive.

Cancers.

On applique la dénomination de cancer, en clinique, à toute maladie qui détruit l'organe qu'elle frappe, qui envahit dans une plus ou moins grande étendue les tissus voisins, et dont la marche ascendante tend à peu près constamment, et à plus ou moins bref délai, à une terminaison fatale.

Les caractères histologiques de la plupart d'entre eux ont été assez exactement définis ; cependant il faut avouer que les études microscopiques n'ont pas apporté, dans toutes les variétés de ces tumeurs malignes, des notions suffisantes et surtout précises. C'est encore la clinique qui fournit les principaux éléments de diagnostic, soit qu'elle s'appuie sur les données hystologiques pour les corroborer ou les contredire, soit pour décider la nature de la maladie là où les études hystologiques n'ont pu fournir encore des preuves matérielles indiscutables. Il ne nous appartient pas de nous prononcer sur une opinion qui tend à prendre faveur chez quelques pathologistes modernes : celle qui consiste à regarder le cancer comme une maladie locale au début. Il y aurait une foule de bonnes raisons et même de démonstrations probantes à opposer à cette manière de voir ; mais, dans des

affections aussi terribles et aussi décourageantes que celles-ci, il faut évidemment saluer avec une certaine satisfaction, toute idée qui tendrait à laisser espérer qu'un jour la thérapeutique pourrait jouir de quelques succès, lorsqu'elle a été jusqu'aujourd'hui si fatalement impuissante.

Le cancer utérin offre, beaucoup moins que le cancer de la mamelle, cette tendance à affecter tout l'organisme par voie de rayonnement de son point de départ dans toutes les directions, mais cela tient peut-être à ce que les malades sont plus promptement emportées par des ravages locaux. On remarque, en effet, que les cancers utérins ont généralement une marche plus rapide, quelquefois suraiguë, qui ne laisse pas le temps au rayonnement, par voie de transport des cellules cancéreuses dans les divers organes, soit par la circulation sanguine, soit par la circulation lymphatique, de gagner dans toutes les directions. On peut voir un exemple bien remarquable de ce rayonnement à l'obs. xcv, page 421, de miss Gree..., où, malgré les nombreuses opérations dans un court espace de temps, l'infection générale s'est manifestée pour faire périr la malade.

Si toutes les formes de cancer peuvent affecter l'utérus, il en est qui s'y montrent beaucoup plus fréquemment. Ainsi, par ordre de fréquence, il faut placer le cancer médullaire ou fungoïde, le cancer épithélial ou épithélioma, le sarcome et le squirrhe.

Le cancer médullaire ou encéphaloïde, dont les caractères hystologiques sont bien connus, a une grande activité trophique et plutôt par voie centrifuge. Il débute le plus généralement par le col ; cependant on peut, comme dans notre obs. xcv, page 421, le voir débuter par le fond de l'utérus, sous forme de tumeur fibroïde. A son activité trophique il joint une tendance très-marquée

au ramollissement, qui entraîne, à sa suite, la nécrose de la muqueuse et la suppuration. Les ravages, par suite de cette nécrose, peuvent être rapidement effroyables, et les ulcérations, avec pertes de substances, peuvent envahir promptement du canal cervical à la cavité du globe, du col à la vessie et aux culs-de-sac antérieurs, plus rarement aux culs-de-sac postérieurs. Les ravages qu'il peut produire sont tels, que tous les organes périphériques peuvent être atteints jusque dans les profondeurs du petit bassin, et même au-dessus et sur le péritoine.

L'épithélioma a pour caractères hystologiques l'accumulation hétérotopique de cellules épithéliales normales ou hypertrophiées, accompagnées parfois de globes épidermiques, dont les cellules sont disposées sans ordre (Arnolt.)

L'excroissance en chou-fleur de John Clarke et sir Charles Clarke est la forme la plus connue de l'épithélioma de l'utérus (Barnes). Ce cancer est spécial au col. Tandis, qu'avec Rokitanski, beaucoup d'auteurs considèrent l'épithélioma comme un cancer, que celui-ci appelle cancer villeux, d'autres, avec Virchow, ne regardent pas l'excroissance en chou-fleur comme un cancer, et la rangent parmi les tumeurs papillaires se présentant sous trois formes ; simple, cancroïde et cancéreuse. L'excroissance en chou-fleur débute comme une simple tumeur papillaire et devient cancroïde, mais pas cancéreuse, d'après Virchow. On dénomme encore hypertrophie papillaire du col cette excroissance en chou-fleur, que des pathologistes regardent comme locale au début. Hannover distingue l'excroissance en chou-fleur du cancer, et l'appelle épithélioma. Lebert et Schutz l'appellent cancroïde épithélial.

Suivant l'opinion de Virchow, les tumeurs qui laissent

échapper des matières sèches et peu juteuses seraient relativement bénignes, et celles qui fournissent beaucoup de suc seraient toujours plus ou moins malignes. Cliniquement, ces caractères peuvent servir à distinguer les tumeurs plus ou moins malignes ; mais ce qui décide surtout de la malignité, c'est l'envahissement progressif et plus ou moins rapide, la récidive plus ou moins fréquente des tumeurs, une fois enlevées, et les tendances plus ou moins accentuées à la généralisation.

Il est de fait que le cancroïde du col reste longtemps localisé; mais, s'il est des tumeurs épithéliales ou cancroïdes qui peuvent, à la rigueur, être considérées comme peu ou moins malignes, en revanche il en est d'autres qui, cliniquement, présentent, à un moment donné, tous les caractères de la malignité, quelles que soient les explications que l'on veuille en donner.

Le sarcôme est une tumeur constituée par des cellules en fuseaux, serrées, assez régulièrement disposées et contenant en général un gros noyau ovale, rarement deux noyaux. Le sarcôme est ordinairement sans capsule; cependant quelques auteurs croient qu'au lieu d'infiltrer librement les tissus environnants, il est le plus souvent revêtu d'une capsule. On confond souvent le sarcôme avec le carcinôme et le cancroïde. D'après Gusserow, c'est probablement au sarcôme qu'il faut rapporter certains fibroïdes qu'on a appelés récidivants. Généralement, la récidive du sarcôme est tardive et, dans quelques cas, très-tardive. Cette circonstance a suscité des débats sérieux au sein des Sociétés savantes, sous le rapport de l'opportunité de son ablation ; et généralement, à cause de cette circonstance, on a conclu à l'ablation. Mais il arrive aussi parfois que le sarcôme est rapidement mortel. Gusserow croit que le vrai fibrôme peut dégénérer en sarcôme par la multiplica-

tion de ses éléments celluleux. Pour être plus spécial au corps utérin, il n'est pas sans exemple que le sarcôme ait envahi le col, mais c'est absolument exceptionnel.

Le squirrhe, ou cancer fibreux, est extrêmement rare. Peu de chirurgiens en ont trouvé sur le vivant. Nous devons à Rokitanski, qui ne l'a que rarement observé, la description suivante :

« En étudiant avec précision, dit-il, on découvre, au milieu du tissu cervical utérin, un autre tissu reconnaissable à la teinte des fibres blanches qui le composent, qui, très-serrées, se croisent dans toutes les directions ; les petits interstices qui les séparent sont remplis d'une matière transparente, d'un jaune rougeâtre, pâle ou grisâtre. Ce tissu hétéromorphe est infiltré dans le tissu utérin, sans limites distinctes, s'étend plus loin d'un côté que de l'autre, est amassé, par places, en grande quantité et produit ainsi une augmentation du volume du col, en lui donnant l'induration que l'on connaît. »

Il existe quelquefois sur les lèvres du museau de tanche des ulcérations à bases excavées, à aspect grisâtre, accompagnées sur le col de tumeurs arrondies, variables en volume, dures d'abord, sans couleur décidée, plus tard molles et blanchâtres. Avec ces ulcérations, on trouve une matière caséuse dans les pertes muco-purulentes excrétées par le conduit cervical. Ces ulcérations, que beaucoup de pathologistes considèrent comme épithéliales, sont regardées par d'autres comme tuberculeuses et incurables. L'hystologie ne découvre pas les éléments tuberculeux, mais des cellules épithéliales semblables à celles du tissu utérin, et, dans le fond du tissu, dur, calleux, des éléments fibro-plastiques et dermoïdes qui forment la base des ulcères. (Barnes.)

L'ulcère rongeur de John Clarke s'observe rarement sur le col. Quand on l'observe sur l'utérus, il offre de la

similitude avec l'ulcère rongeur de la face ou d'autres parties, quoique, par sa marche et son aspect, il ressemble au cancer. On ne trouve à l'examen microscopique ni cellules cancéreuses, ni produits épithéliaux.

L'ulcère rongeur, qui débute par la muqueuse du museau de tanche, envahit toute sa circonférence et la détruit entièrement, en s'attaquant aux parties sous-jacentes ; mais il ne laisse aucune induration, ni aucun dépôt dans les parties environnantes, ce qui constitue cliniquement sa principale différence avec le cancer.

M. Lancereaux établit et décrit quatre formes de maladies malignes ou quasi-malignes de l'utérus : l'épithélioma, le carcinôme, le sarcôme et le mixôme. Pour ce dernier, dont il a rapporté un cas et qui affectait le corps seul de l'utérus, il le compare à la dégénérescence hydatiforme du chorion. La cavité utérine était élargie, remplie par des projections mamillaires serrées les unes contre les autres, fixées à la muqueuse par une sorte de pédicule et ressemblant aux colonnes charnues du cœur. Parmi ces projections, d'autres, plus petites et plus arrondies, étaient de la grosseur d'une amande ou d'un champignon ; elles étaient, pour la plupart, molles, s'aplatissant sous la pression du doigt, de couleur blanche ou jaunâtre, ou devenues noirâtres par petites extravasations sanguines. Toutes ces masses donnaient issue à un suc épais, peu abondant ; elles étaient constituées par des cellules arrondies, fusiformes, réfractant fortement la lumière, séparées par une substance amorphe, hyaline, renfermant des vaisseaux larges et nombreux, à tuniques fort délicates. Telles sont les tumeurs et les maladies malignes de l'utérus qui, d'après les connaissances acquises, défrayent la pathologie utérine. Que reste-t-il à faire en face de ces maladies?

Traitement.

Le traitement des cancers de l'utérus est, comme celui des cancers des autres régions, une mine d'exploitation pour le charlatanisme de tous les étages : on écrirait des volumes, si on voulait relater ou simplement mentionner tout ce qui a été dit ou fait sur cette question. Au demeurant, il n'est pas de chapitre de pathologie où la science soit restée aussi positivement stérile, et c'est ce qui fait la force du charlatanisme, qui trouve toujours des remèdes souverains, en face de pauvres malades à qui le désir ardent de guérir procure des illusions qui les entraînent à recourir au merveilleux.

Nous avons encore une intelligence assez virile et un jugement assez droit pour ne pas désespérer, d'une façon absolue, de la science, car nul, en définitive, ne peut lui assigner une limite. Mais nous avons aussi assez d'expérience et de connaissances acquises pour savoir qu'en dehors du charlatanisme, plus ou moins éhonté, qui promet toujours la guérison sans pouvoir jamais l'obtenir, tout ce qui a été fait et tenté pour la cure des cancers est resté dans les limites de l'impuissance, en tant que médications internes ou externes. Et, cependant, le médecin ne doit pas rester désarmé quand il se trouve en face de cancers de l'utérus.

Il lui reste encore deux ressources : recourir au traitement curatif, qui est le traitement chirurgical, quelquefois couronné de succès, quand il ne s'agit que de ces maladies ayant l'apparence quasi maligne, qui n'offrent pas tous les caractères du cancer, et au traitement palliatif qui s'adresse à toutes les variétés.

1° Traitement curatif.

Le vrai traitement curatif consiste dans l'ablation complète de l'utérus ou hystérotomie sus-pubienne. Elle doit être franchement rejetée. Pour donner le seul motif décisif de cette prohibition, il suffit de rappeler les vingt-cinq cas que West a réunis. Sur ces vingt-cinq cas, trois malades ont survécu à l'opération, pour succomber au bout d'un mois. Les vingt-deux autres ont succombé à l'opération.

L'amputation du col cancéreux offre, incontestablement, beaucoup plus de chances. Elle a été pratiquée autrefois avec une grande fréquence. On peut même ajouter qu'elle a eu un moment de faveur, de vogue, surtout depuis que Lisfranc, reprenant la question, put convaincre les plus incrédules du peu de danger de cette opération. Mais s'il put les persuader du peu de danger qu'elle suscite, il s'en faut qu'il ait pu porter la conviction dans les esprits sur sa portée curative. Il est certain, en effet, que, dans des cas, il put obtenir un répit plus ou moins considérable, ce qui est important; quant à ses cures définitives et solides, on reste généralement convaincu qu'il y avait erreur de diagnostic, et que, dans plusieurs d'entr'elles, les malades, d'après des témoins oculaires, auraient aussi bien guéri par un traitement général et local bien approprié.

Samuel Cooper raconte que Lisfranc fit, en 1828, trente-six fois l'amputation du col, pour des cancers. Sur ces trente-six cas, trois malades succombèrent, trois étaient en voie d'amélioration, les autres allaient bien dans le courant de l'année.

Il cite égalèment le fait d'une femme, opérée d'un cancer du col quelques années avant, qui devint enceinte et accoucha de deux jumeaux.

En présence de ces faits, qui seraient une démonstration clinique parfaitement concluante, on reste forcément sous cette impression involontaire, que des erreurs de diagnostic doivent fatalement avoir été commises.

Osiander, de Gœtingue, est certainement le premier qui ait amputé le col, en 1801, pour une tumeur fongoïde volumineuse, prétendue cancéreuse, et la malade se rétablit. Il est douteux, faits en mains, qu'avant lui on ait amputé le col, autrement que par ignorance, en croyant enlever des polypes. Il répéta cette opération huit autre fois ; et toutes les malades paraissent s'être rétablies ; preuve suffisante pour conclure qu'il ne s'agissait pas de vrais cancers dans tous ces cas.

Dupuytren pratiqua huit fois l'opération. Sur l'une de ses malades, la récidive eut lieu et l'opération fut pratiquée une seconde fois, sans qu'il obtînt la guérison. Plus tard, l'application d'un caustique fut suivie de la guérison définitive. N'est-il pas évident, d'après ce fait et d'après nos connaissances nouvelles, qu'il ne s'agissait pas là d'un cancer.

Depuis, on a continué à amputer des cols cancéreux, et, toutes les fois que le diagnostic a pu être solidement établi, on voit que c'est en pure perte que l'opération a été pratiquée, ou qu'on n'a pu obtenir qu'une prolongation dans l'évolution naturelle de la maladie.

Cependant, à travers les cas de guérison constatée, peut-on admettre d'une manière absolue qu'il ne s'agissait jamais de cancer ? Nous ne le pensons pas. Il y a eu certainement des cas de squirrhe exactement limité au col, dont l'ablation a été suivie d'une guérison qui a pu se prolonger assez longtemps. Nous avons bien vu un squirrhe limité du sein, enlevé, laisser, après son ablation, la malade dans un état de santé à peu près florissante pendant cinq ans, après lesquels elle succomba.

Mais, d'autre part, nous avons vu une autre malade avec un pareil squirrhe, soumise à une consultation avec Michon d'abord, Nélaton ensuite, à qui on proposa de lui enlever la tumeur, si elle le désirait, ou de rester en l'état, et qui se décida pour ce dernier parti. — Le squirrhe prit la marche atrophique, et la malade survécut huit ans. Ce n'est qu'au bout de ce temps que survinrent des signes non douteux de généralisation, c'est-à-dire de production d'autres tumeurs, probablement pareilles, sur l'estomac, le mésentère, l'intestin également, sans que le squirrhe du sein eût cessé sa marche atrophique, et que la malade succomba. Nous l'avons soignée, avec notre excellent confrère et maître Ricord, dans les trois derniers mois de son existence.

En présence de deux faits aussi frappants, comment démontrer que l'opération a été favorable à la première, puisque la seconde, refusant la même opération, a survécu trois ans de plus qu'elle !

Pour nous, il reste incontestable que, toutes les fois que l'amputation du col a été suivie d'une guérison durable, il n'y a eu qu'un répit plus ou moins prolongé quand il s'agissait de cancer, ou qu'il y a eu méprise, erreur de diagnostic dans les autres cas.

On aura eu affaire à quelques-unes de ces tumeurs semi-malignes, suspectes, qui, ni cliniquement, ni d'après les données hystologiques, n'offrent les caractères décidés du cancer.

Et, par cela même, nous concluons que c'est surtout à ces dernières que l'amputation du col doit être réservée. Voyons maintenant dans quelles circonstances il est permis et même commandé de recourir à cette amputation. Il est des cas où, de même qu'on se décide à amputer le sein, on doit également se décider à amputer le col de l'utérus. Ces cas sont variables, suivant les con-

victions de l'opérateur ; cependant, on peut poser quelques bases assez légitimes.

Pour le sein, on opère d'ordinaire quand la tumeur est bien délimitée, libre d'adhérences plus ou moins profondes, mobile ; quand, en outre, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire voisin, ou des signes d'infection générale. Les mêmes règles peuvent être posées à l'égard des tumeurs du col utérin. Si les preuves cliniques et l'examen microscopique donnent la certitude qu'il s'agit d'un épithélioma ou d'un cancroïde bien circonscrit, l'opération doit être pratiquée, à plus forte raison, parce qu'on a la preuve de la délimitation de la tumeur d'une part, et la non certitude d'une tumeur maligne, facilement récidivante, de l'autre. On peut espérer un résultat favorable, et, quoique très-exceptionnellement, durable; on a au moins la chance d'avoir un répit plus ou moins long, d'enrayer, au moins pour un temps, l'évolution de la maladie. Quand, en dehors de ces cas, l'utérus conserve un peu de mobilité, au milieu d'un tissu morbide qui a envahi le fond du vagin, s'il y a une tumeur un peu saillante, on peut chercher à enlever celle-ci, surtout si elle donne lieu à des hémorrhagies abondantes. La tumeur en chou-fleur est souvent dans ce cas-là. Après l'opération faite et l'hémorrhagie arrêtée, le mal poursuivra fatalement son évolution ; mais cette évolution aura chance d'être momentanément retardée, et puis on aura paré à l'hémorrhagie.

L'encéphaloïde localisé sur une portion du col, surtout celui à forme de champignon, peut encore être enlevé pour les mêmes motifs, mais avec moins d'espoir dans l'arrêt, même temporaire, de son évolution.

Procédés opératoires pour l'amputation du col.— Il y a trois procédés pour l'amputation : 1° l'excision avec les instruments tranchants à froid ; 2° l'excision

avec l'anse galvanique; 3° l'excision avec les instruments tranchants incandescents, telle que nous la pratiquons.

Quel que soit le procédé que l'on choisisse, il importe d'être bien fixé sur les rapports du col.

Généralement le col fait, dans le vagin, une saillie qui varie de 6 à 12 millimètres. La saillie peut être beaucoup plus grande, suivant certains états pathologiques. Mais il peut arriver aussi, quoique rarement, qu'il ne fasse aucune saillie.

Les rapports du vagin avec le col doivent être présents à l'esprit. Le col est entouré par le vagin, qui confine à la vessie en avant, au rectum en arrière, et qui se continue en haut avec l'utérus, et en bas sur le museau de tanche, que sa muqueuse tapisse exactement, après avoir reçu le col dans son repli en ampoule circulaire. En avant, le vagin peut être détaché dans une étendue de 12 millimètres, sans courir le risque d'ouvrir le cul-de-sac qui le sépare de la vessie; mais on peut atteindre la surface vaginale adhérente au col.

En arrière, le péritoine, après avoir recouvert l'utérus, descend sur le vagin et forme l'excavation recto-génitale de Velpeau. Là le bistouri pénétrerait facilement dans le péritoine. Si, d'après Malgaigne, on peut détacher le vagin en avant, dans une étendue de 12 millimètres, il faut, en arrière, remonter moins haut, à cause du repli péritonéal dans le cul-de-sac de Douglas.

Pour faire l'excision du col avec les instruments tranchants à froid, il faut attirer fortement le col en avant avec des pinces érignes, pendant qu'un aide presse sur le bas-ventre pour faire descendre l'utérus. Une fois le col en évidence, au niveau ou au dehors de l'ouver-

ture vulvaire, on peut, pendant qu'une pince-griffe le tient tiré en dehors, détacher, comme le faisait Dupuytren, la portion malade au moyen de ténotomes mousses ou de ciseaux mousses et courbes sur plat, qui sectionnent sur la partie saine. On peut également, comme le fit Osiander, porter, sur le col attiré en avant, et en arrière de la tumeur, une ligature, la serrer, et faire la section en avant de cette ligature, c'est-à-dire en opérant entre elle et le mal. Enfin on peut, après l'avoir séparé, par dissection, des parties vaginales correspondantes au cul-de-sac antérieur, sans léser la vessie, et au cul-de-sac postérieur en évitant de trouer le péritoine, amputer le col avec le bistouri.

Aujourd'hui l'excision ou amputation avec les instruments à froid jouit de moins de faveur. Elle expose aux hémorrhagies, laisse des vaisseaux béants qui peuvent donner lieu à la résorption des liquides septiques. Si, par des considérations particulières, on était obligé de recourir à cette excision, nous donnons le conseil formel de toucher ensuite toutes les surfaces sectionnées avec le fer au rouge brun, autant pour maîtriser les hémorrhagies que pour former une surface de garantie contre l'absorption des liquides.

La section par l'écraseur à chaîne est détestable, parce que, par sa marche progressive, quoique lente, la chaîne peut aller atteindre des parties à ménager, et même aller perforer le péritoine, en arrière, ou la vessie, en avant. En tout cas, ce procédé ne pourrait être appliqué qu'après isolement exact du col, et en plaçant la chaîne à un point un peu inférieur à celui qui doit être le point précisé de section.

La galvano-caustique est bien préférable aux précédents procédés d'excision du col. Cependant on va voir qu'elle ne comble pas toutes les lacunes

Voici la meilleure manière de se servir de l'anse galvano-caustique :

La malade étant convenablement placée, introduire le spéculum de Sims, ou mon spéculum à coulisse, dont on retire la moitié antérieure. Avec la moitié postérieure, ou avec le spéculum de Sims, refouler en arrière, en haut, le cul-de-sac postérieur, faire écarter les parois vaginales par deux aides, placés l'un à droite, l'autre à gauche; saisir alors la partie malade avec des griffes, l'attirer en dehors, en bas, pendant qu'un aide presse sur le bas-ventre; entourer ensuite avec un fil de platine placé, autant que possible, en arrière de la tumeur, et serrer le fil pour qu'il fasse sillon dans la portion entourée. A ce moment on fait passer le courant qui brûle la tumeur. Il faut serrer l'anse métallique à mesure qu'elle pénètre. Il faut, pour opérer, ne pas se presser; le fil métallique, d'ailleurs fin, se refroidit à mesure qu'on retire le courant, se réchauffe quand on l'applique et qu'on le maintient, et ainsi de suite. En sorte que la tumeur est sectionnée par effet de la chaleur et non par constriction. Il y a ordinairement quelque petite hémorrhagie artérielle qu'il est facile de vaincre par l'application d'un bouton galvano-caustique au rouge brun sur les points qui fournissent le sang, ou même par des applications de perchlorure de fer, ou simplement d'eau froide acidulée.

Mais, en dehors des inconvénients de ces petites hémorrhagies, l'anse galvano-caustique a celui de n'être applicable qu'à certains cas. Elle ne peut, par exemple, servir à enlever des parties du col qui ne sont pas susceptibles d'être embrassées par elle. Il faut ou une tumeur en saillie, ou toute la circonférence du col à enlever, pour qu'elle soit facilement applicable. De plus, toutes les fois qu'on ne peut attirer le col à la vulve

pour opérer à découvert, elle devient inutile ou dangereuse, parce qu'on ne saurait manœuvrer librement à travers un spéculum.

Notre procédé de ténotomie utérine ignée s'adapte à tous les cas, sans exception. En effet, ou le col peut être attiré à la vulve pour opérer à ciel ouvert, ou il ne peut l'être, et il faut opérer à travers le spéculum.

Dans le premier cas, l'opération est des plus simples, soit qu'on sectionne, d'un coup, avec notre sécateur au rouge brun, représenté à la figure 23, page 163, soit qu'on veuille sectionner par diverses incisions successives, et à demi ou au quart circulaires, avec nos différents ténotomes au rouge brun, qu'on a choisis d'avance pour l'opération.

Si le col ne peut être attiré à la vulve et qu'il faille opérer à travers le spéculum, après avoir refoulé fortement les parois vaginales avec cet instrument, voici comment il faut agir, si l'on a affaire à une tumeur saillante, ou à un col siége d'un cancer qui a des limites bien apparentes.

Dans le premier cas, on peut emporter parfaitement et d'un coup la tumeur avec le sécateur, qui en embrasse la base comme avec les lames de ciseaux courbes sur plat, vers la pointe. Rien n'est plus facile. Dans le second, si l'écartement des branches du sécateur, à travers le spéculum, pouvait embrasser le col, ce qu'on mesure avant d'opérer, on pourrait le sectionner également avec cet instrument; ou sinon, on se sert des ténotomes pour couper circulairement, et, au besoin, au cours de l'opération, de nos ciseaux à courbes variées, et l'excision est toujours menée à bonne fin. En ayant soin, comme dans les autres opérations à travers le spéculum, d'éteindre l'action du calorique par des compresses d'eau froide introduites

immédiatement, on fait cesser aussitôt la majeure partie des douleurs.

Ce procédé met à l'abri de toute hémorrhagie, à tel point qu'il nous est arrivé d'opérer sans perte d'une goutte de sang. Si, par inadvertance, un fer était employé au rouge blanc, et qu'une hémorrhagie s'en suivît, séance tenante et sans aller plus loin, on arrêterait l'hémorrhagie par des applications de fer au rouge brun, puis on reprendrait le cours de l'opération.

Outre l'avantage de prévenir les hémorrhagies, notre procédé offre encore celui de laisser, après son emploi, des escarres protectrices qui empêcheront la résorption des liquides septiques.

Nous avons employé fréquemment notre méthode dans des cas de cancer bien caractérisé. Nous avons obtenu un répit plus ou moins long ; le plus long a été de six mois. C'est dans un de ces cas que, sur la prière du docteur Demoulin, nous avons opéré avec son concours une malade, rue d'Asnières, à Clichy, il y a deux ans. Plusieurs chirurgiens avaient reculé devant l'opération. C'est en présence d'hémorrhagies graves que notre confrère et ami nous pria d'intervenir. Outre le bénéfice de la suppression des hémorrhagies, la malade put survivre encore six mois. Le début de l'affection remontait à deux ans, d'après constatation faite par un chirurgien de Charenton. Nous n'avons jamais vu d'arrêt définitif dans l'évolution de la maladie, quand il s'agissait de cancer. Voilà pourquoi nous avons bien peu de foi dans le traitement curatif.

Que faut-il penser maintenant des applications de caustiques ? Evidemment, quand il s'agit d'enlever une tumeur, ces applications restent bien au-dessous des moyens et procédés que nous venons d'exposer. Il n'en est pas de même quand il s'agit de cautériser des sur-

faces : on emploie à ce sujet la pâte arsénicale, la potasse caustique, le nitrate acide de mercure, l'acide chromique, l'acide nitrique, l'acide sulfurique, etc.

Pour notre compte, nous préférons encore, dans tous les cas, l'action du fer rouge, et les raisons en sont faciles à comprendre.

2° Traitement palliatif.

Il comprend les pansements, les soins locaux, pour amoindrir les ravages du mal, calmer les douleurs, barrer, si c'est possible, le passage à l'infection putride, et maîtriser les hémorrhagies si fréquentes. Il comprend également tous les moyens de soulagement pour procurer le sommeil à de pauvres malades torturées. Il consiste enfin à prodiguer des consolations, à entretenir certaines illusions qui sont un encouragement à supporter le mal ; car, quand le médecin a perdu tout espoir, il lui reste encore un rôle à remplir, celui de consoler en soulageant, ce qui est peut-être le plus beau côté moral de notre art.

Nous avons dit quelques mots suffisants sur l'application des caustiques dans le traitement du cancer de l'utérus. Nous devons ajouter ici que, dans l'intention d'arrêter momentanément les progrès de la maladie, on a cherché à détruire ou à modifier la vitalité des cellules cancéreuses pour les empêcher de proliférer. Ce but, louable et logique, est rarement atteint suivant les desseins du médecin, mais c'est une tâche à remplir. Les meilleurs moyens, pour y parvenir, sont certainement les pansements des surfaces avec des bourdonnets de charpie imbibés d'une solution de brome, et l'emploi des acides chromique, nitrique et même sulfurique, soit par attouchement, soit par injections avec ces acides dilués.

Quant aux moyens de maîtriser les hémorrhagies, nous en avons suffisamment parlé dans notre chapitre sur les hémorrhagies pour ne pas être obligé d'y revenir ici.

Pour calmer les douleurs, procurer du sommeil aux malades, les pansements locaux atteignent rarement, très-rarement ce but, quels que soient les médicaments ou substances dont on se serve pour les exécuter. C'est aux médicaments internes qu'il faut s'adresser surtout : l'opium, la ciguë, l'un associé à l'autre, ou le premier isolément, sont les meilleurs pour obtenir l'effet désiré. La belladone, qui peut rendre des services, mérite de la circonspection dans son emploi. Nous n'avons pas à dire à quelles doses peuvent être portés l'opium et la ciguë. Généralement les doses doivent en être progressivement élevées, et c'est au tact du médecin qu'est laissée l'appréciation.

Les injections hypodermiques de morphine, d'atropine, mais surtout de morphine, sont les moyens qui permettent, quand l'absorption stomacale est diminuée ou pervertie, de procurer, à coup sûr, du sommeil. Il faut savoir les réserver pour les moments très-difficiles. Un excellent médicament, qui nous a toujours réussi, à nous comme à tant d'autres, pour procurer le sommeil dans les grandes souffrances, c'est l'hydrate de chloral. Nous l'administrons à la dose de 2 et 4 grammes, donnés de quart d'heure en quart d'heure, dans un demi-verre d'eau sucrée, et, après la dernière dose, nous administrons une pilule d'extrait thébaïque à 5 centigrammes. Nous avons pu de cette façon, et par cette seule médication, procurer, pendant cinquante jours, du sommeil à un pauvre malade atteint d'occlusion absolue de l'intestin, et qui rendait tout par les vomissements devenus stercoraux. Notre confrère, M. Chassagnac, a vu plusieurs fois ce malade avec nous, et a été témoin de ce fait re-

marquable. Enfin nous terminerons, pour encourager les médecins dans le traitement de ces affreuses maladies de l'utérus, en disant qu'on peut croire fermement avoir affaire à un cancer de l'utérus, sans en avoir recherché exactement les preuves histologiques, et qu'on peut être par hasard, et fort heureusement, dans une erreur complète. C'est ce qui nous est arrivé à nous-même, il y a dix ans, chez une malade de la rue de la Michodière. Nous lui avions simplement prescrit des injections désinfectantes, l'application de boulettes d'ouate imbibées avec une solution de brome au 10ᵉ, dans la décoction de pavot, et des pilules d'extrait thébaïque pour le soir, une, deux et trois, à 5 centigrammes. Nous n'avions vu que deux fois cette malade en un mois. Nous avons été heureusement surpris de la revoir, trois mois après, venir nous annoncer sa guérison, qui se maintient encore complète aujourd'hui. Nous avions donc commis une erreur de diagnostic complète à son égard. Cela doit être plus commun qu'on ne pense dans les relations de guérison de prétendus cancers.

E. — Cloisonnement de l'utérus, suite d'occlusion du vagin par des brides cicatricielles.

Nous ne voulons pas traiter de l'occlusion congénitale ou accidentelle du vagin, qui est en dehors du programme que nous nous sommes tracé dans ce livre. C'est, au reste, une question tout à fait élucidée dans les ouvrages techniques ou classiques.

Ce dont nous voulons nous occuper, c'est de la question des procédés opératoires, jusqu'ici employés, pour détruire les brides cicatricielles qui forment l'occlusion de la cavité vaginale, et laissent l'utérus enfermé en arrière ; qui entraînent, par conséquent, des troubles énormes dans les fonctions dévolues à ce dernier. Nous n'avons pas à énumérer, ni à nous appesantir sur ces troubles, qui peuvent facilement et finalement entraîner la mort des malades en pleine puissance fonctionnelle ; tout cela est parfaitement connu. Ce que nous voulons bien établir, c'est que, dans ce genre d'occlusion accidentelle, l'art reste parfois impuissant, obligé qu'on est de reculer, par appréhension d'accidents redoutables, après des tentatives réitérées, qui n'ont pas abouti à franchir la bride cicatricielle, dont on ne connaît pas les rapports exacts ni l'épaisseur.

Deux fois, pour notre compte, nous avons dû reculer et nous arrêter après des tentatives nombreuses ; Néla-

ton, dans ces deux mêmes cas, a dû s'arrêter aussi et abandonner les malades à leur sort, malgré leurs supplications. Chez toutes les deux, en effet, il était survenu des accidents du côté du péritoine, qui avaient contraint de ne pas passer outre.

Ces deux malades, jeunes, primipares, avaient été accouchées au forceps, et c'est à la suite de déchirure ou de gangrène produite par l'action de l'instrument, qu'était survenue une occlusion cicatricielle du vagin, constatée trois et cinq mois après les couches, parce que les médecins n'avaient pas porté une attention suffisante à ces lésions traumatiques.

Quand l'art a pu triompher de ces occlusions cicatricielles, son impuissance a été encore manifeste lorsqu'il s'est agi d'empêcher, je ne dirai pas le retour de l'occlusion, ce qui est possible, mais le rétrécissement fibreux sur les points où existait la cicatrice. Il résulte donc de l'examen de la plupart des faits d'occlusion vaginale par cicatrice, et surtout d'occlusion vaginale ancienne, ou qu'on a dû, après de vains essais, renoncer à rétablir la continuité du conduit, ou, qu'après l'avoir rétablie, on n'a jamais pu empêcher le rétrécissement ultérieur de la partie qui était le siége de l'occlusion.

C'est pour ces divers motifs que nous voulons, à ce propos, relater un cas d'occlusion vaginale par cicatrice de onze ans de date, que nous avons opérée avec un plein succès sous tous rapports, grâce aux procédés opératoires modifiés, et aux soins et pansements consécutifs. Non-seulement nous sommes arrivé à rétablir le conduit vaginal, mais nous avons pu empêcher tout rétrécissement ultérieur.

Obs. XCVII.

Occlusion du vagin, dans son tiers antérieur, par des adhérences cicatricielles de onze ans de date; utérus enfermé en arrière de la cicatrice; opération par un procédé nouveau ajouté a la méthode de débridement et de dilatation.

Mme X... est âgée de 45 ans; elle est obèse et cette obésité est arrivée depuis 1871. Elle était auparavant relativement maigre. Elle a eu quatre enfants, tous vivants aujourd'hui; le dernier a 20 ans. Ces quatre couches ont été normales. Il y a onze ans, étant enceinte de quatre mois, elle avorta brusquement dans la nuit, à la suite d'une violente émotion.

Que se passa-t-il ensuite? rien de particulier, assure Mme X..., qui prétend même n'avoir pas eu les douleurs violentes et prolongées qui précèdent et accompagnent ordinairement l'avortement. Le lendemain elle descendait à son magasin, mais elle fut obligée de regagner son appartement au bout de quelques heures, et elle eut des suites pénibles.

A trois ou quatre mois de distance, Mme X... était atteinte d'une oblitération du vagin. Les rapports avec son mari devinrent impossibles, et c'est ce qui fit découvrir cet état anormal que le médecin ordinaire constata.

Alors Huguier fut appelé en consultation. Il proposa d'opérer la malade; mais, le médecin ordinaire ayant fait observer au mari et à la malade que cette opération n'aboutirait à rien, puisque d'habitude l'occlusion se reproduit plus ou moins intégralement, et qu'elle exposerait à quelques dangers, l'opération fut repoussée.

Cependant, d'une part, la malade raconte que Huguier conseilla au médecin traitant de cautériser fréquemment, ce que celui-ci refusa de faire; d'autre part, je lis sur la consultation signée Huguier, et que la malade a entre ses mains : déviation du col à gauche. Ces deux circonstances me portent à croire que l'oblitération n'était pas complète alors, car, dans quel but auraient été proposées les cautérisations au nitrate d'argent, et comment Huguier aurait-il pu introduire, assez avant, l'indicateur pour constater la déviation du col, si elle avait été complète? J'aime à croire qu'il n'y avait alors qu'un rétrécissement.

Quoi qu'il en soit, la menstruation s'exécuta toujours, et à peu près régulièrement, jusqu'en 1869. Seulement, tous les trois mois environ, il y avait ménorrhagie, avec écoulement de sang rouge-vermeil, sans douleur notable, et l'écoulement du sang durait de dix à quinze jours. Mais, en 1869, durant la menstruation, le sang avait changé d'aspect; il était noir, couleur de suie, poisseux, et d'une telle fétidité qu'on était obligé d'ouvrir les fenêtres pour désinfecter l'appartement.

La malade rapporte que cet accident a été la conséquence de la profonde

perturbation morale qu'elle éprouva à la suite de la mort de son mari. L'époque arrivait, du reste, régulièrement.

Cette époque ne fut par constituée par une hémorrhagie à proprement parler, mais le sang coula toujours en petite quantité pendant deux mois. Au bout de ces deux mois, sans désemparer, survint une perte abondante du même sang noir et fétide, perte qui dura trois semaines, avec des douleurs assez violentes. A ce moment, la malade était encore d'une maigreur relative.

A ce moment aussi, en 1869, Nélaton fut consulté. Nélaton constata l'oblitération vaginale ; il ne put parvenir, au dire de la malade, à introduire un spéculum, et il déclara qu'il n'y avait rien à faire pour détruire cette oblitération. Ici nous avons la preuve certaine, qu'en 1869, l'oblitération vaginale existait, et que Nélaton la déclarait non opérable.

Dès lors, Mme X... eut des envies fréquentes d'uriner dans le jour, envies qui n'existaient pas dans la nuit ou avec le repos au lit. En effet, durant la nuit, la malade n'a jamais qu'une ou, exceptionnellement, deux mictions très-abondantes, preuve que, dans la position horizontale, le réservoir urinaire peut s'emplir sans irritation du col; tandis que dans la position debout ou assise, dans la marche, les mictions se répètent au moins toutes les heures, et souvent plus. A partir de ce moment la menstruation a été de nouveau régulière, sans troubles notables.

Mais, dans les hivers de 1874, 75 et 76, il y a eu des ménorrhagies de deux et trois mois de durée, précédées de douleurs violentes, comme pour accoucher, qui disparaissaient avec l'écoulement du sang. Ces douleurs étaient accompagnées de fièvre pendant quatre jours ; la ménorrhagie durait près d'un mois et quelquefois deux, moins forte dans les derniers quinze jours, le sang ne laissant pas d'intervalle entre une époque et l'autre, notamment durant l'hiver de 1875-76. Il n'en a jamais été de même l'été. Ces circonstances ont obligé Mme X... à recourir à nouveau aux lumières de la science.

C'est à Boulogne-sur-Seine, où la malade habitait une villa, que des soins assidus lui ont été donnés dans l'hiver de 1875, par un confrère de la localité. C'est parce qu'elle ne pouvait supporter la marche, à cause des envies continuelles d'uriner, que Mme X... s'était décidée à habiter sa villa.

Elle revint à Paris en juillet dernier, dans sa demeure, pour se confier à mes soins.

Exploration directe avec le doigt, puis avec le spéculum.

L'épaisseur des tissus prépubiens et des aines, le développement extraordinaire des grandes lèvres et la disparition des petites ou leur forte dépression donnent à l'ouverture vulvaire une forme infondibulaire, en entonnoir, à sa jonction avec la partie antérieure du vagin.

L'indicateur, qui explore, est arrêté à 3 centimètres ou 3 centimètres et demi en arrière des grandes lèvres, et trouve aussitôt en arrière, et en haut

de l'arcade pubienne, la vessie, faisant saillie à sa jonction avec le col, en forme de cystocèle. Le doigt est arrêté dans le vagin par une cloison diaphragmatique, dure, résistante comme le tissu inodulaire. A son retrait il est souillé par un mucus glaireux, épais, d'un jaune blanchâtre. L'indicateur de la main droite, introduit dans le rectum pendant que celui de la main gauche est réintroduit dans l'ouverture vaginale, sent, à travers le rectum, la présence de celui-ci, dont il est séparé par la cloison intestinale ; mais, en poussant plus loin, il ne sent plus rien que la continuation du rectum.

Un petit spéculum de Fergusson est engagé ensuite dans l'ouverture vaginale avec une grande facilité, à cause de la disparition de l'anneau vulvaire, mais il s'arrête après avoir dépassé l'ouverture vulvaire de 3 à 4 centimètres. On ne distingue, d'abord à l'œil nu, qu'un tissu rouge appartenant aux parois vaginales supérieures et latérales ; puis, en tendant fortement les parois, en même temps qu'on abaisse l'extrémité de l'instrument, on voit un tissu cicatriciel moins rouge, d'apparence dure, au centre duquel se trouve un pertuis capable d'admettre la tête d'une petite épingle, aux côtés et en arrière duquel se trouvent deux petites fissures presque imperceptibles. Ce pertuis donnait passage au sang durant les époques, et il est probable que les fissures se sont produites par l'accumulation du sang en arrière de la cicatrice, lorsqu'il y a eu, à diverses reprises, des écoulements de sang noir et fétide.

Alors commencent les explorations avec de fines bougies, d'abord avec la plus fine bougie en baleine, à extrémité olivaire. Cette bougie, introduite dans le pertuis central, pénètre en arrière, sans aucune résistance, jusqu'à une profondeur de 11 centimètres. La même bougie ne peut enfiler les deux autres fissures signalées. A cette bougie, je fais succéder une bougie molle d'un calibre double, qui enfile facilement le pertuis central, va pénétrer à la même profondeur, et qui trouve, quand je la pousse plus avant, une résistance qui cause de la douleur à la malade. Laissant alors cette bougie en place et retirant le spéculum, j'introduis l'indicateur gauche dans le rectum, pendant que la main droite retient la bougie en place. Cet indicateur perçoit et suit à travers le rectum cette bougie, que je puis faire mouvoir latéralement, en arrière et en bas. Il n'y a donc pas ou que peu d'adhérences rectales.

Après avoir acquis ces notions, j'exerce avec l'algalie en argent le cathétérisme vésical, pendant que l'indicateur gauche reste engagé jusque dans l'infundibulum vaginal. L'indicateur sent, à travers les parois vésico-vaginales, jusqu'au niveau de l'infundibulum et pas plus loin, la sonde introduite dans la vessie.

Une fois la vessie vidée par le cathétérisme, et pour avoir la certitude qu'il n'y a aucune trouée de la part de la vessie, qui pourrait communiquer avec la portion du vagin, en arrière de la cloison, j'injecte deux seringues pleines d'eau tiède pour distendre le réservoir urinaire. Ce réservoir

retient tout le liquide ; puis, en l'évacuant par le cathétérisme, je puis m'assurer que toute la quantité injectée a été, après un repos de dix minutes, bien exactement évacuée par la sonde.

Après ces explorations et ces manœuvres variées, je reste convaincu, qu'en arrière du diaphragme cicatriciel, il existe une cavité libre d'adhérences, au moins sur certains points ; de plus, que cette cavité n'a aucune communication directe avec la vessie, et, suivant toute probabilité, aucune avec le rectum, puisque, pendant ses époques et ses hémorrhagies, la malade n'a jamais perçu de traces de sang dans les garde-robes, pas plus qu'elle n'a vu de matières fécaloïdes mêlées au sang excrété. Toutes ces circonstances me donnent quelque espoir de pouvoir guérir Mme X..., qui le désire ardemment, pour être délivrée des maux auxquels elle est sujette tous les hivers. Il ne s'agit plus que de combiner les divers moyens à employer pour détruire cette cloison cicatricielle, et une fois détruite, de trouver ceux propres à empêcher le retour d'une nouvelle cicatrice ou du rétrécissement qui, dans tous les cas d'opérations menées à bonne fin, a toujours reparu au bout d'un temps peu long, entre un et deux mois après la cessation des pansements.

Divers procédés combinés pour obtenir la guérison.

1° Pendant quatre jours, je dilate avec des bougies, graduellement plus fortes, le pertuis central, dans l'espoir de réunir les deux fissures à ce pertuis, pour ne faire qu'une ouverture, mais sans pouvoir y parvenir.

2° Pendant quatre autres jours, je fais la dilatation avec des tiges de laminaria, l'éponge préparée ; ce second genre de dilatation cause beaucoup de douleur et suscite la fièvre. La malade déclare qu'elle ne veut pas s'y soumettre. Au reste, l'agrandissement temporaire obtenu par cette dilatation disparaît aussitôt qu'on la cesse.

3° Après quatre jours de repos, nécessités par les souffrances éprouvées par Mme X..., je me résous à recourir à la dilatation par le dilatateur de M. Dolbeau, dans la lithothritie périnéale. Ce procédé, employé deux jours de suite et beaucoup mieux supporté que les autres mis en usage, donne l'ouverture que fournit le calibre de cet instrument, et cette fois l'agrandissement persiste. Je puis passer à travers, et avec une certaine facilité, l'indicateur qui, poussé un peu loin, perçoit le museau de tanche largement ouvert, offrant sur la face interne de la lèvre postérieure une intumescence qui semble se poursuivre dans l'intérieur sous forme de fibroïde, et dont la lèvre antérieure me paraît molasse. Cette lèvre postérieure me paraît, en arrière, à gauche, fixée par des adhérences aux parois vaginales.

4° Avec le dilatateur du docteur Ménière, qui peut entraîner, par l'écartement des lames et en faisant céder les tissus cicatriciels, une ouverture très-considérable, j'opère ensuite, pendant trois jours, en dilatant lentement, pro-

gressivement. La malade éprouve des douleurs assez vives, mais moins vives qu'avec l'éponge préparée et la laminaria, et surtout sans fièvre. Il s'est écoulé un peu de sang chaque fois. Immédiatement après la dernière séance, l'indicateur peut aller parcourir l'arrière-cavité partout, et découvrir alors qu'en bas et à gauche, le col conserve des adhérences avec les parties voisines, et qu'en haut et en avant, du même côté, il y a adhérence avec les parois vaginales; tandis qu'à droite et sur les points correspondants, le col reste libre de toute adhérence.

Je peux introduire immédiatement un spéculum de Fergusson, qui franchit le diaphragme cicatriciel dilaté. Il faut faire divers mouvements pour découvrir le col à l'œil nu. Le museau de tanche se présente avec une coloration d'un rouge vif, ayant une apparence tomenteuse dans ses tissus. En même temps, je constate les adhérences cicatricielles qui maintiennent encore toute la partie gauche du col soudée aux parties voisines.

Pendant trois jours consécutifs, je détache ou dissèque avec l'ongle de l'indicateur les brides qui maintiennent cette partie adhérente. Celles de la partie postérieure ont pu être assez facilement divisées, en contournant jusqu'au milieu de la partie latérale gauche. A cet endroit elles ont acquis une consistance lardacée; malgré mes efforts, elles ne cèdent qu'au point de me permettre de dégager la commissure gauche du museau de tanche, et la partie correspondante de la lèvre antérieure, au-dessus, en haut et en avant, à gauche. Je ne poursuis pas au-delà la dissection avec l'ongle, parce que la malade souffre trop pendant les tentatives que je fais.

Trois jours de repos, pendant lesquels je pratique à travers le spéculum, deux fois par jour, des injections à l'eau de son, avec addition de chlorure d'oxyde de sodium. Nous en sommes au dix-neuvième jour du commencement de nos tentatives, qui remontent au 1er août 1876.

Le 20, j'emploie encore avec prudence, sans l'engager trop avant, pour ne pas léser le col, le dilatateur du docteur Ménière, et dans l'intention unique d'agir circulairement sur le tissu cicatriciel qui formait diaphragme.

Après cette dernière dilatation, je fais chauffer, au rouge cerise, divers ténotomes mousses, tranchants d'un côté ou de l'autre, un ténotome lancéolaire et des petits ténotomes curseurs. Le spéculum profondément introduit, de façon cependant à ne pas franchir le diaphragme cicatriciel élargi, mais à le pousser devant lui pour laisser voir les points qui forment tension, je trouve à gauche, et à droite surtout, puis en avant et en haut du museau de tanche, une bande tendue. Je fais, avec les ténotomes mousses adaptés, une section sur ces points, plus profonde à droite et moins à gauche, de façon à ne pas léser les parois vaginales sur lesquelles reposent ces replis cicatriciels; puis, un peu à droite et en avant, presque à la partie moyenne de la lèvre antérieure du museau de tanche resté en arrière, je divise avec la pointe du ténotome lancéolaire, ce même repli cicatriciel qui semble une corde tendue. Enfin, avec un cylindre curseur, d'avance mesuré, je cautérise largement tout le pourtour de cet ancien diaphragme

cicatriciel, disparu au point de laisser passer le spéculum facilement. Dans la partie correspondante au rectum, il y a une laxité telle, ou plutôt la paroi vaginale a tellement repris sa souplesse qu'il n'y a rien à faire.

Le spéculum est alors poussé plus avant, et contourné de façon à recevoir en grande partie le museau de tanche. Avec un ténotome-truelle, je cautérise la face interne de la lèvre postérieure qui est tuméfiée avec aspect framboisé, en poussant la pointe en avant, dans le conduit cervical bien réduit en longueur, de façon que la base appuie fortement sur l'intumescence framboisée. Un linge huilé est introduit, puis le spéculum est retiré. La malade conservera ce linge deux heures.

Pendant trente-et-un jours, pour éviter qu'il ne se produise à nouveau un rétrécissement, j'introduis un spéculum tous les jours ; je fais, à travers l'instrument, une injection comme pour les pansements à la suite des opérations de déviations utérines, puis j'introduis, jusque sur le col utérin, un bondon très-volumineux de charpie, enduit de cérat. Ce bondon est serré à sa partie centrale par une ficelle qui doit pendre en dehors de la vulve, et qui doit permettre à la malade de le retirer à volonté. Des compresses, imbibées de la même solution qui a servi à l'injection, sont placées ensuite après le bondon, pour mieux tamponner ; ces compresses ne doivent être mises que trois jours. Après ces introductions, je retire le spéculum.

Pendant ces trois jours, avant d'introduire le spéculum, je dissèque encore, avec l'ongle de l'indicateur, les adhérences qui existent autour du museau de tanche que je dégage en grande partie. La moitié de sa face antérieure, celle de gauche, jusqu'à la commissure, reste irrévocablement soudée avec le tissu cicatriciel, détruit partout ailleurs, et que je ne veux pas attaquer là avec des instruments tranchants, parce que le col est fortement incliné à gauche, comme l'avait observé Huguier dans sa consultation, onze ans avant, et que je pourrais exposer les malades à des accidents graves.

Le 19 septembre, tous les pansements sont terminés. La cavité vaginale reste dilatée de façon à pouvoir introduire facilement un spéculum de moyenne grosseur, et le col se présente avec son ouverture dirigée à gauche. Pendant vingt jours, la malade introduit ensuite, deux fois par jour, une énorme canule en caoutchouc, arrondie au sommet, du calibre du spéculum qui m'a servi. Elle fait en même temps une injection à l'eau de son tous les jours.

Aujourd'hui, 30 novembre, quatre mois après l'opération, la cavité vaginale reste aussi largement ouverte et aussi perméable que quand j'ai cessé les pansements, sans la moindre plaie ; tout est lisse et uni. Il est certain maintenant qu'il ne se produira plus de rétrécissement. Le seul inconvénient qui reste à la malade et qui disparaîtra en grande partie, ce sont les envies fréquentes d'uriner, résultant de la soudure de la vessie au globe utérin, par un repli vaginal, à gauche probablement, soudure qui fait que la masse intestinale, dans la station debout, vient peser sur cet

organe en le comprimant d'autant mieux, qu'il y a, au-dessous, une résistance solide, constituée par des adhérences de onze ans de date.

On voit, après avoir suivi et apprécié tous les détails du manuel opératoire, qu'il nous a fallu combiner, en les modifiant, les procédés de dilatation, et mettant à profit la ténotomie vaginale ignée, user de beaucoup de temps et encore de plus de patience pour triompher de toutes les difficultés dans ce cas d'occlusion vaginale de onze ans de date.

Grâce à ces modifications et à l'heureuse intervention de la ténotomie ignée, nous avons pu parer aux accidents inflammatoires consécutifs ; de même qu'avec les précautions prises, pendant plus d'un mois, dans les pansements, nous avons pu atteindre ce résultat définitif et rare : la persistance du rétablissement du conduit vaginal qui conserve toute sa perméabilité.

NOS DERNIÈRES OPÉRATIONS.

Nous devons, avant de terminer, citer nos trois dernières opérations d'antéversion qui, comme l'immense majorité des autres, ont été couronnées d'un plein succès, et une opération de fibroïde intersticiel de l'utérus au moyen de la ténotomie utérine ignée. Notre méthode a complétement triomphé de cette tumeur menaçante, et qui suscitait, depuis trois ans, des ménorrhagies plus ou moins considérables. Ce résultat, non moins brillant pour notre méthode, corrobore d'une façon complète ce que nous en avons dit à propos des fibrômes intersticiels intra-utérins. Voici sommairement les trois cas d'opérations d'antéversion :

Obs. XCVIII.

1° Mme Ar..., 20 rue Lauriston, 25 ans, bonne constitution, une couche à terme il y a onze ans, un avortement il y a quatre ans. Depuis lors, troubles locaux et généraux, dysménorrhée, leucorrhée dans l'intervalle des règles, fréquentes mictions d'urines. Opération le 23 juillet ; guérison radicale.

Obs. XCIX.

2° Mme Per..., rue Turbigo, 30 ans, bonne constitution, dysménorrhéïque depuis nombre d'années, n'a jamais eu d'enfant. Troubles nerveux généraux, crises hystériques. Atteinte, depuis un an, de dyspepsie s'aggravant après quelques moments d'amélioration ; soignée en vain depuis six mois par notre confrère le docteur Loiseau, puis subissant un traitement imprimé par le professeur Potain appelé en consultation par le premier médecin. — Le résultat de ce dernier traitement a été l'aggravation de la dyspepsie, et une progression dans l'affaiblissement et dans toutes les névropathies, — Opération le 1er septembre. — Chez cette malade, comme chez la précédente, traitement général quinze jours avant, continué ensuite pendant un mois et demi. Guérison radicale le 1er novembre.

Obs. C.

3° Mme M..., 12, rue d'Amsterdam, 42 ans, vigoureuse constitution; douze grossesses, dont huit menées heureusement à terme, avec accouchement naturel ; deux terminées par un accouchement prématuré, et deux terminées par un avortement à trois mois et trois mois et demi, dans les années 1874 et 1875. Débilitation très-grande, névropathies multiples, attaques fréquentes d'hystérie, dyspepsie très-accentuée, ménorrhagies précédées de douleurs dans les reins et le bas-ventre, constipation, palpitations, marche pénible, faiblesse des extrémités inférieures, très-fréquentes mictions d'urine. — Un mois de traitement général. — Opération le 28 septembre ; amélioration progressive. La guérison est radicale aujourd'hui; toutes les névropathies ont disparu.

Obs. CI.

FIBROME INTERSTICIEL OCCUPANT LA PARTIE INTERNE DE LA LÈVRE POSTÉRIEURE, S'ÉTENDANT A TOUTE LA SURFACE CORRESPONDANTE DU COL, ET ENVAHISSANT LA MOITIÉ LATÉRALE DROITE DU GLOBE DANS SA FACE POSTÉRIEURE ; OPÉRATION PAR LA TÉNOTOMIE IGNÉE ; GUÉRISON.

Mme B..., faubourg Saint-Honoré, 30 ans, blonde, lymphatique, obèse, a eu trois couches naturelles, et un avortement, il y a quatre ans. Depuis cet avortement, ménorrhagie de sept à huit jours de durée, avec pertes de sang telles que la malade est restée anémiée, ne pouvant récupérer d'une époque à l'autre le sang qu'elle perd. En outre des troubles digestifs consécutifs à ces pertes, et de l'affaiblissement qui s'en est suivi, Mme B... éprouve une douleur constante et sourde dans la profondeur de la fosse iliaque droite; durant la période congestive, cette douleur prend de l'acuité et s'accompagne d'autres douleurs, semblables à celles du travail d'enfantement.

Un premier examen permet de constater une tuméfaction prononcée occupant toute la face postérieure du col et la moitié droite de cette même face du globe, dont on sent, la main droite pressant fortement sur les parois abdominales, tandis que l'indicateur gauche est dans le vagin, le plus grand développement de ce côté.

A un second examen, durant l'époque menstruelle, au deuxième jour, l'indicateur, engagé dans la cavité utérine, perçoit un fibrôme non encapsulé, qui gagne de la face interne et postérieure du col, dans la moitié droite de cette même face du globe, jusqu'au fond, et qui, d'après le tact, reste complétement isolé de la paroie droite et antérieure de la cavité du globe, formant une saillie de l'épaisseur du pouce et se continuant avec le fond de l'utérus. Ces conditions nous paraissant favorables à la ténotomie utérine ignée, l'opération est décidée et pratiquée le 1er novembre.

Opération. — La malade disposée, comme pour une application de forceps, en travers sur le lit, les jambes reposant sur deux chaises, les cuisses écartées, le spéculum est introduit. Un cathéter curseur mesure immédiatement l'étendue de la cavité cervico-utérine, qui donne 8 centimètres et demi de diamètre longitudinal. Le cathéter est alors fixé à 6 centimètres, et deux autres cathéters, de plus en plus gros, sont fixés à ce même degré. Cette longueur est suffisante pour labourer la surface jusqu'au fond de l'utérus, le calorique gagnant par action excentrique en dehors des points qu'il atteint.

Ces cathéters, chauffés à point voulu, sont successivement portés, en commençant par le plus fin, dans la cavité utérine, en appuyant sur la partie centrale du fibrôme. Une fois cette gouttière escarrotique établie, deux fins ténotomes, mousses à la pointe, tranchants sur un côté, vont inciser à droite et à gauche dans la gouttière escarrifiée, dans une étendue de 4 centimètres et demi à 5 centimètres. Un ténotome lancéolaire long, triangulaire sur une face, ayant l'autre face plate, laboure, jusqu'à 5 centimètres, au milieu de ces tissus déjà escarrifiés, la face triangulaire portant sur le fibrôme. Le ténotome semi-olivaire, appliqué par sa face convexe sur le fibroïde, aussi loin que possible, c'est-à-dire à 5 centimètres aussi, achève la destruction par escarrification profonde. Pour être sûr d'atteindre le fibrôme un peu sur toute sa surface, le cathéter curseur moyen, fixé à 6 centimètres et demi, est poussé rapidement dans le fond, et le ténotome lancéolaire est introduit sur la partie droite, jusqu'à 5 centimètres, pour achever l'escarrification de ce côté.

Les suites de cette opération sont signalées immédiatement par des douleurs vives dans les reins et le bas-ventre, que la malade déclare supportables. Application de glace sur le bas-ventre, après introduction d'un linge huilé sur le museau de tanche. Le soir, à huit heures, ces douleurs sont calmées. La malade dit avoir eu de la fièvre, de trois à cinq heures de l'après-midi ; elle est apyrétique à huit heures du soir. Potion calmante pour la nuit.

Le 2, sommeil de quelques heures la nuit. Les douleurs persistent, quoique calmées par l'application de la glace; elles sont plus saillantes au rectum et à la région iliaque droite. Pouls à 78. Thermomètre à 37 3/10.

Le soir, à cinq heures, inappétence, état saburral de l'estomac, recrudescence des douleurs, un léger frisson à quatre heures. Pouls à 88, thermomètre à 38,8/10. Tartre stibié à 0,15 dans 120 d'eau distillée, à prendre par cuillerée de demi-heure en demi-heure, jusqu'à vomissement ou trois garde-robes. Deux pilules de sulfate de quinine à 0,10 pour minuit, deux autres pour six heures du matin.

Le 3, au matin, pouls à 70; thermomètre à 36 9/10. Calme plat quand la malade ne fait aucun mouvement; renouvellement des douleurs quand elle change de côté ou s'assied sur le lit. Il y a eu des vomissements et quatre évacuations. Potage, vin coupé, deux pilules de sulfate de quinine

à quatre heures, deux à minuit, deux pour le lendemain matin six heures.

Le soir, à huit heures, apyrexie, calme.

Le 4, au matin, douleurs plus accentuées à la suite d'évacuations alvines provoquées; pouls à 72-74; thermomètre à 37°; désir d'aliments malgré les douleurs; continuation de la glace sur le ventre. Potion calmante.

Le 5, douleurs apaisées; état excellent.

Du 5 au 11, il y a répit par moments, et par moments douleurs assez vives. La malade a remarqué que, depuis quelques jours, elle perd beaucoup d'eaux roussâtres ou jaunâtres; que c'est quand ces eaux veulent partir qu'il y a exacerbation des douleurs, et qu'elles se calment quand elles ont coulé abondamment. Elle s'est levée plusieurs fois; les douleurs se manifestent quand elle marche. Dans la nuit du 11 au 12, douleurs très-vives, comme pour accoucher; le matin, apparition des règles; calme après. Pendant neuf jours, le sang coule très-abondamment les cinq premiers, et diminue ensuite.

Le 20, état excellent; première exploration, d'abord avec le doigt, puis au spéculum et pansement après.

Avec le doigt je sens le col et la partie correspondante du globe diminués de volume; en arrière et à droite, le fond de l'utérus est aussi moins volumineux, ce que peuvent préciser la main droite, appuyant fortement sur la fosse iliaque droite, et le doigt resté en place qui perçoit l'impression de la main. A l'examen au spéculum, le museau de tanche présente une ouverture encore élargie transversalement, laissant suinter du muco-pus et présentant des lambeaux d'escarres blanchâtres, dont je retire une quantité avec les pinces; injections détersives.

Les 21, 23 et 25, les mêmes phénomènes se reproduisent, mais la suppuration et les escarres sont moins abondants. Il n'y a plus de douleur depuis les règles; la malade se lève depuis cinq jours, se promène et se livre à ses occupations.

Le 30, des pansements détersifs à travers le spéculum ayant été faits tous les deux jours, la suppuration est de moins en moins abondante, et les débris d'escarres rares. Au dernier pansement du 28, un peu de liquide détersif ayant pénétré dans le col, à la suite d'injection, il y a eu douleurs violentes de trente-six heures de durée, puis le calme s'est rétabli.

La cure est maintenant assurée. Tous les accidents ont cessé; l'utérus est réduit, à peu de chose près, à son volume normal. Dans quelques jours j'exercerai le cathétérisme utérin qui me donnera des notions précises; la malade fait tous les jours une injection, et continue à vaquer à ses affaires.

Le 11 décembre, douleurs assez vives dans les reins pendant quarante heures, puis apparition du sang; c'est la deuxième époque menstruelle depuis l'opération. L'écoulement sanguin est peu prononcé; avec son apparition, les douleurs ont complétement cessé. Le sang, d'abord rouge et ver-

meil, devient ensuite mélangé de mucus et de quelques détritus. Cessation complète de l'éruption menstruelle le 15. L'état général est excellent. Je constate, au toucher, la réduction du globe utérin qui n'a pas plus de volume qu'à l'état normal. A l'examen au spéculum, l'ouverture cervicale externe est réduite à sa proportion et bien cicatrisée; le museau de tanche présente un petit volume relativement à celui qu'il avait; c'est presque le volume de celui d'une femme qui n'a pas eu d'enfant.

La mensuration, avec mon cathéter, donne six centimètres et quart; elle peut être exercée sans douleur. La malade est bien débarrassée définitivement de son fibroïde interstitiel et de tous les troubles qui en étaient la conséquence. C'est un remarquable succès.

RÉSUMÉ

Comme on a pu s'en convaincre, si on a bien voulu suivre, pas à pas, les applications que nous avons faites de la ténotomie utéro-vaginale ignée, cette méthode, toute de notre invention, nous a fourni de beaux et légitimes succès : 1° dans les déviations utérines, anté et rétro-versions, anté et rétro-flexions ; 2° dans l'abaissement de l'utérus, prolapsus ou procidence ; 3° dans l'élongation hypertrophique du col avec ses complications ; 4° dans la conicité du col avec atrésie du méat ou du canal cervical ; 5° dans la destruction de certains fibroïdes intersticiels du col, s'étendant à une partie de la cavité utérine, ou occupant une certaine partie de cette cavité et empiétant sur le col ; 6° dans l'excision d'un pli vaginal antérieur ou postérieur pour triompher de la cystocèle ou de la rectocèle ; 7° dans l'excision des hémorrhoïdes ; 8° pour la guérison du catarrhe utérin chronique ; 9° dans les cas de métrorrhagie incoercible en dehors des couches ; 10° enfin, pour l'ablation de certaines tumeurs du col ou pour l'amputation de cette partie de l'organe utérin.

Destinée à devenir usuelle, cette méthode offre les

deux plus grands priviléges auxquels puisse aspirer toute innovation chirurgicale : 1° Innocuité, quand elle est appliquée d'après les règles prescrites ; 2° préservation de toute hémorrhagie et de tous les accidents septicémiques, si fréquents à la suite de tout traumatisme, et surtout du traumatisme de l'utérus.

Elle préserve en même temps de l'inflammation violente, qui est presque une conséquence fatale des opérations que l'on pratique avec les instruments tranchants à froid, et que nous dénommons inflammation traumatique.

Ces avantages incontestables la feront préférer, un jour, à toute autre, nous ne disons pas pour les déviations utérines, puisque elle seule en triomphe radicalement, quand elles ont été déclarées incurables par tous les autres moyens, et que son application en est, dès lors, obligée, mais dans les autres cas que nous venons d'indiquer plus haut et dans d'autres cas encore.

Cette suprématie lui reviendra, surtout, quand les médecins auront pu se persuader, d'après leur pratique personnelle, de la réalité des faits que nous signalons, et qui résultent d'une expérience de douze ans ; car, à chaque innovation, il faut la consécration de l'expérience et du temps.

D'après le nombre considérable d'observations que nous avons produites, il est clair, comme le jour, qu'il n'est que fort peu de déviations utérines, d'inflexions, de déplacements, qui ne puissent être radicalement guéris. D'ores et déjà, la ténotomie utéro-vaginale ignée comble donc une grande lacune dans la science.

La galvano-caustique, qui a pris un rang obligé dans la science, jouit d'une faveur bien méritée dans la pratique d'un certain nombre d'opérations chirurgicales, et nous, qui nous en servons, nous lui rendons un éclatant

hommage ; mais, quel est le chirurgien qui osera contester qu'il n'y ait une foule de circonstances, surtout en ce qui a trait à la pathologie utérine, où la galvano-caustique ne peut se prêter au manuel opératoire, et où, par conséquent, elle reste impuissante! qui oserait affirmer qu'elle ne puisse être suivie d'hémorrhagie plus ou moins considérable, parfois, dont elle triomphe à son tour, il est vrai, par une application bien comprise ; et qu'elle puisse préserver, à coup sûr, comme la ténotomie ignée, des accidents septicémiques. Il n'y a pas de parallèle à établir entre les deux méthodes. Issues du même principe, elles sont destinées à se suppléer mutuellement, chacune d'elles ayant des indications bien précises.

Mais, pour donner une idée de la supériorité de la ténotomie ignée en fait de pathologie utérine, il nous suffira de dire qu'elle est applicable et qu'elle s'accommode à tous les cas, n'étant plus subordonnée alors qu'à une question de procédés ; tandis qu'en laissant de côté les déviations, déplacements, etc., où la galvano-caustique n'a rien à faire, celle-ci ne peut réellement être appliquée que dans des cas restreints. Si nous prenons pour exemples toutes les tumeurs bénignes ou malignes du col ou du col et du globe utérins, la galvano-caustique ne sera avantageuse, pour l'ablation, que quand la tumeur pourra être embrassée par l'anse galvanique, comme elle reste avantageuse pour l'amputation du col, parce que l'anse peut l'étreindre au point voulu. Avec nos ténotomes, au contraire, et tout notre système d'appareils, nous pouvons couper dans tel sens que nous voulons, sur telle partie qu'il est nécessaire d'atteindre; nous pouvons amputer le col avec la plus grande sécurité.

Quant à la préservation des accidents consécutifs,

nous soutenons hardiment, d'après notre expérience personnelle, que l'escarre produite par les fers rouges est une porte bien autrement fermée aux hémorrhagies et à l'absorption des liquides septiques, que celle produite par la galvano-caustique. En somme, ces deux méthodes ne s'excluent pas ; elles comblent des lacunes, se suppléent, se complètent d'une façon générale. Mais, dans la pathologie utérine, la ténotomie aux fers rouges a conquis une place que ne pourra jamais atteindre la galvano-caustique.

Nous avons, dans quelques chapitres, notamment dans ceux ayant trait à l'abaissement de l'utérus, à l'élongation hypertrophique du col et aux tumeurs de l'utérus, consacré quelques pages à la discussion des méthodes et des procédés opératoires. Ces discussions et les démonstrations qui s'ensuivent étaient d'autant plus nécessaires, que les procédés employés jusqu'alors sont souvent d'un effet nul ; qu'ils sont parfois nuisibles, quelquefois dangereux, et que quelques-uns, enfin, mis en avant en pure perte, produisent des mutilations affreuses qui méritent leur prohibition. Telle est l'amputation du col et de partie du globe pour guérir l'élongation hypertrophique.

Et, d'autre part, il nous appartenait de démontrer que, pour certaines tumeurs de l'utérus qui compromettent l'existence d'une façon positive, surtout pour celles qui la compromettent immédiatement et clairement, il y a un dilemme auquel personne ne peut se soustraire : ou laisser périr les malades faute d'intervention, ou faire des tentatives, quelque audacieuses qu'elles puissent paraître, pour les sauver. Nous avons démontré que ces tentatives, jugées si défavorablement d'abord, ont conquis droit de domicile dans la science, grâce aux progrès accomplis par la chirurgie moderne.

Ces progrès sont tels, en effet, qu'on peut soutenir, avec raison, que toutes les tumeurs intersticielles, intra ou extra-utérines, les tumeurs pédiculées ou non pédiculées de l'utérus, quand elles menacent directement, et à bref délai, l'existence, peuvent être enlevées avec des chances plus ou moins considérables de guérison à l'aide de l'hystérotomie par les voies naturelles, ou de l'hystérotomie sus-pubienne ; et que les fibrômes intersticiels intra-utérins peuvent être guéris par la ténotomie ignée, quand ils sont dans leur période de développement et qu'ils n'inquiètent encore les malades que par des ménorrhagies répétées, mais menaçantes.

FIN

Nous sommes contraint de placer ici deux figures, dont l'une n'a pu être rendue dans le cours de l'ouvrage, c'est celle du ténotome principal pour opérer les incisions transverses dans le redressement des déviations, et l'autre, celle de notre spéculum à coulisse, si utile dans l'ablation des tumeurs du col ou dans l'amputation de celui-ci, qui a été oubliée.





Fig. 1. — Ténotome pour l'incision transverse supérieure dans l'anté et rétroversion ou dans les inflexions.

Fig. 2. — Le même ténotome à double lame pour exécuter deux incisions transverses parallèles à cinq millimètres de distance.

Fig. 1.

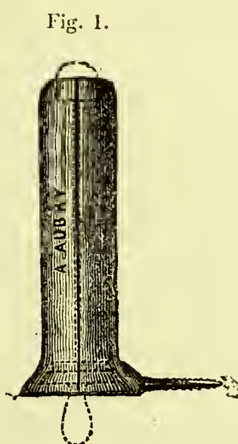


Fig. 2.

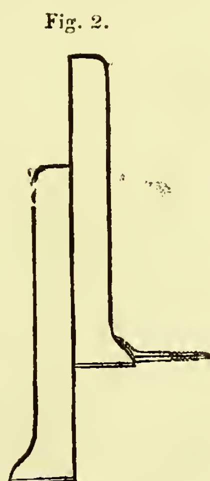


Fig. 1. — Spéculum plein à coulisses, à deux valves, l'une glissant sur l'autre.

Fig. 2. — Spéculum vide, une valve au tiers retirée, pouvant être retirée complétement, au besoin, une fois le spéculum mis en place.



